This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

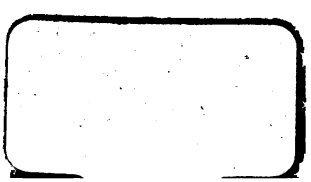
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



Monatsschrift

für

GEBURTSKUNDE

und

Frauenkrankheiten.

Im Verein mit der

Gesellschaft für Geburtshülfe zu Berlin

herausgegeben von

Dr. C. S. F. Credé,
ord. Prof. und Director der Entbindungs-Anstalt in Leipzig.

Dr. F. A. von Ritgen,
Geh. Rath, ord. Prof. und Director der Entbindungs-Anstalt in Giessen, Command. etc.

Dr. Ed. C. J. von Siebold,
Hofrath, ord. Prof. und Director der Entbindungs-Anstalt in Göttingen, Comthur etc.

Elfter Band.

Mit 5 Tafeln lith. Abbildgn. und dem Portrait von *D. W. H. Busch.*

Berlin, 1858.
Verlag von August Hirschwald,
69 U. d. Linden, Ecke der Schadow-Strasse.

OF CALIF
SCHOOL

Inhalt.

Heft I.

Seite

I. Verhandlungen der Gesellschaft f. Geburtshülfe in Berlin. 1
Riedel: Drei Fälle von künstlicher Frühgeburt nach der *Cohen*'schen Methode 1
Hecker: Fall von künstl. Frühgeburt nach der *Cohen*'schen Methode 12
Riedel: Ueber Glykosurie der Wöchnerinnen, Stillenden und Schwangeren 13

II. Verhandlungen der Section für Gynäkologie der zu Bonn gehaltenen 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, mitgetheilt vom Privatdoc. Dr. *Spiegelberg* zu Göttingen. (Mit 1 Tafel Abbildungen) 17
Küchler: Vortrag über die Wirkung der Doppelnaht zur Sicherung der Herstellung eines soliden Dammes und Scheideneinganges bei der Episiorraphie 18
Breslau: Neue Methode der Episiorraphie 21
Ueber die Compression der Aorta abdominalis als Blutstillungsmittel 26
Spiegelberg: Ueb. d. Chloroformanästhesie währd. d. Geburt 29
Birnbaum: Ueb. d. Lumbarlordose in geburtsh. Beziehung 35
Sack: Ueber das Sitzbad bei Frauenkrankheiten 37
Breslau: Ueber das Écrasement linéaire des Cervix uteri 39

III. Erinnerung an eine Abhandlung über künstl. Frühgeburt vom Jahre 1707, vom Geheimenrath Dr. *von Ritgen* . . . 43

IV. Eine Enthirnung ohne Erfolg. Von Dr. *Lehmann* in Spandau 54

V. Notizen aus der Journal-Literatur:
Aberle: Sectio caesarea an einer Lebenden mit Rettung des Kindes 65
Gallard: Haematocele periuterina 65
Vogler: Drei Geburtsfälle auf Sumatra 66
Vogler: Embryotomie 67
Eulenberg: Die Ovariencysten 68
Silbert: Geburtsstörung in Folge von Beckenenge bei ungewöhnlich grossem Fötus nach verzögerter Schwangerschaft 70
James Paget: Ueber die mittlere Lebensdauer von Brustkrebskranken 71
Nusser: Thrombus der grossen Schamlippe 72
Nusser: Schädeleindruck, durch d. Promontor. bewirkt 72
F. Weber: Ueber die Anwendung von Prof. *Braun's* Kautschuktampon 73

4583

Seite

Zimmermann: Ueber ein. seltnen Fall von Entartung der Ovarien 74
Cramoisy: Die Geschwüre d. Gebärmutterhalses und ihre Behandlung 75
Trousseau: Bauchfellwassersucht, bedingt durch fibröse Tumoren des Uterus 76

VI. Literatur:
Das halisteretische Becken in seiner Weichheit u. Dehnbarkeit während der Geburt durch neue Beobachtungen erläutert. Nebst allgemeinen Bemerkungen über Halisterese. Von *H. F. Kilian.* Bonn 1857 bei *A. Marcus.* 4. S. IV und 107 mit 3 lith. Abbild. u. 1 Holzschn. 77

Heft II.

VII. Verhandlungen d. Gesellschaft f. Geburtshülfe in Berlin 81
Klaproth: Zwei Fälle von Hämorrhagien während der Geburt 81
Derselbe: Mittheilung eines Geburtsfalles, wo d. wegen Schulterlage indicirte Wendung durch das Vorhandensein einer grossen Anzahl Fibroide des Uterus bedeutend erschwert wurde 85
Derselbe: Fall von Uterusfibroid bei einer Entbindung 91
Ulrich: Ueber einen lethalen Fall von Vomitus gravid. 92
Derselbe: Fall von Geschwulst im kleinen Becken . . 97
L. Mayer: Die verschiedenen Indicationen, welche in d. Lehrbüchern für Erregung des künstlichen Abortus aufgestellt worden 100
Schultze: Geburtsgeschichte und Section eines wasserköpfigen Kindes 105

VIII. Zur geburtshülfl. Casuistik, vom Privatdoc. Dr. *Otto Spiegelberg* zu Göttingen 110
I. Geburt, complicirt mit Carcinom des Gebärmutterhalses. Blutige Erweiterung des letztern. Zange. — Lebendes Kind, Tod der Mutter nach 10 Monaten 110
II. Fall von Chorea gravidarum 115
III. Eclampsia parturientium ohne Albuminurie 117
IV. Zwei Fälle von Placenta praevia 120
V. Zur Zangenoperation 124

IX. Drei Fälle von künstlicher Frühgeburt nach der *Cohen*'schen Methode von *Credé* 126

X. Ueber Tympanitis uteri vom Dr. *C. Heise*, Königlich Hannoverschen Sanitäts Rath und Ober-Gerichts-Physicus zu Nienburg an der Weser 136

XI. Notizen aus der Journal-Literatur:
Jacquemier: Ungewöhnliche Grösse d. Fötusrumpfes als Geburtshinderniss 139
Martin: Ueber die Retroversion der schwangern Gebärmutter 141
Habit: Ueber Atresien der weiblichen Genitalien . 142
Valenta: Eine künstl. Frühgeburt nach d. *Simpson-Krause*'schen Methode 144
Bachetti: Abortivbehandlung der Extrauterinschwangerschaft durch Electro-Punctur 145
Giraudet: Exfoliation der Mucosa des Uterus 145

Seite

XII. Literatur:

Leipzig, Verlag von *W. Engelmann* 1858: Die Geburten mit Vorfall der Extremitäten neben dem Kopfe. Von Dr. *H. Pernice*, Privat-Docenten an der Universität Halle. 108 S. 8. 146

Traité des maladies du sein et de la région mammaire par *A. Velpeau*, Membre de l'Institut (Acad. des sciences) et de l'Acad. Impériale des médicins, Prof. à la Faculté de Méd., Chirurgien de l'hôpital de la Charité etc. Paris (Librairie de *Vict. Masson*). 1854. 8. XIX. p. 727. av. VIII. Tabl. color. 153

Heft III.

XIII. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin 161

Virchow: Fall von Hydrops ascites bei einem neugebornen Kinde 161

C. Mayer sen: Ueber Exstirpation oder Amputation hypertrophischer Vaginalportionen b. Prolapsus uteri 163

B. Schultze: Mittheilungen über eine cystenförmige Auftreibung des rechten Ovarium durch Blutextravasate bei einem todtgebornen Kinde. (Hierzu eine Abbildung) 170

XIV. Hülfswege für den Geburtshelfer in Fällen derartiger Verunstaltungen des mütterlichen Beckens, dass ein reifes Kind unverkleinert nicht hindurch geleitet werden kann. Von Dr. *Friedrich Ludwig Meissner* in Dresden. (Fortsetzung folgt.) 172

XV. Notizen aus der Journal-Literatur:

Luschka: Ueber die Flüssigkeit des *Graaf*'schen Follikels 215

Spiegelberg: Experimentelle Untersuchungen über d. Nervencentren und die Bewegung des Uterus . . 217

Hohl: Ob Kopfabschneider und Rumpfzerstückeler nothwendig sind und es nicht besser wäre, die Veranlassung ihres Gebrauches zu beseitigen . . 218

Wendrykowski: Beobachtung einer Schultergeburt . 219

Foucher: Tumor Vaginae in Folge einer partiellen Erweiterung der Urethra 219

Cramoisy: Kindesbewegungen im 3. Monat wahrgenommen. — Agalactie einer Amme durch eigenthümliche Kost gehoben 220

Mertens in Neviges: Mittheilungen aus der Praxis . 220

Detschy: Die Instrumentalbehandlung als Palliativ- und Radicalverfahren bei abdominalen Uterusdislocationen 221

Grimsdale: Ueber den Gebrauch des Chlorkalium in der Schwangerschaft 222

Sigmund: Ueber die Anwendung ätzender Mittel auf die innere Wand der Gebärmutterhöhle 223

Lipthay: Ein Fall von Missbildung der Geschlechtstheile 224

L. Lehmann: Ruptura uteri während der Geburt bei einem verengten Becken-Eingange 225

Seite

Deutsch: Extraperitonäalabscess in der Regio pubis. Langwieriger Verlauf. Oeffnung nach aussen. Heilung 227

XVI. Literatur:

Wien bei *W. Braumüller* 1857: Lehrbuch der Geburtshülfe mit Einschluss d. operativ. Therapeutik, d. übrigen Fortpflanzungs-Functionen d. Frauen und der Puerperalprocesse. Von Dr. *Carl Braun*, Prof. der Geburtshülfe u. s. w. in Wien. XXIV. u. 1014 Seiten. 8. 228

Heft IV.

XVII. Geburt eines Hemicephalus weiblichen Geschlechts, welcher 39 Stunden nach der Geburt lebte. Vom Kreisphysikus Dr. *Klusemann* in Burg. (Mit Abbildg.) 241

XVIII. Geschichte des anatomischen und Entbindungs-Instituts an der ehemaligen hohen Schule zu Herborn. Vom Hofrath Dr. *L. Spengler*. 246

XIX. Die Driburger Kur bei Schwangeren. Vom Med.-Rath Dr. *A. T. Brück* in Osnabrück, Brunnenarzt zu Driburg 262

XX. Hülfswege für den Geburshelfer in Fällen derartiger Verunstaltungen des mütterlichen Beckens, dass ein reifes Kind unverkleinert nicht hindurch geleitet werden kann. Von Dr. *Friedrich Ludwig Meissner* in Dresden. (Fortsetzung.) 269

XXI. Notizen aus der Journal-Literatur:

Barker: Ueber die Anwendung des Veratrum viride beim Puerperalfieber 296

Mascarel: Ueber die Diagnose und Behandlung der Geschwüre des Gebärmutterhalses 297

L. Lehmann: Angeborene Atresia interna des Darmrohres bei einem Neugeborenen mit Bildung eines Anus artificialis nach der Methode von *Littré* . . 309

W. Vrolik und *L. Lehmann:* Wahrnehmung einer Hernia umbilicalis congenita complicirt mit Anus praeternaturalis 311

L. Lehmann: Hernia cerebri bei ausgetragenen lebend geborenen Zwillingen 312

Ueber die Uebertragung secundärer Syphilis von dem Säugling auf die Amme 315

XXII. Literatur:

Compendium der Geburtskunde für Studirende, von Dr. *Joseph Spaeth*, Professor der Geburtshülfe an der k. k. Josephs-Akademie zu Wien. Mit 54 in den Text eingedruckten Holzschnitten. Erlangen bei *Ferd. Enke.* 1857. gr. 8. 458 S. . . 316

XXIII. *Dietrich Wilhelm Heinrich Busch.* Nekrolog (mit Portrait) 321

Heft V.

XXIV. Verhandl. d. Gesellschaft f. Geburtshülfe in Berlin . 329

Birnbaum: Fall von Schulterlage mit Vorfall eines durch Amputatio spontanea verstümmelten Armes 329

Seite

Ravoth: Ueber congenitale Hernien; Bemerkungen über einen kürzlich von ihm beobachteten Fall congenit. Luxation d. Patella nach oben vorn . 340
Volkmann: Plötzlicher Tod nach der Operation der Hasenscharte 353
B. Schultze: Zwillinge mit 5 vorliegenden Extremitäten (s. Abbildg.) 355
Hecker: Fall von Placenta praevia 361

XXV. Zwei Fälle aus der gynäkologischen Praxis. Von Dr. *B. Breslau*, Privatdocent in München 363

XXVI. Hülfswege für den Geburtshelfer in Fällen derartiger Verunstaltungen des mütterlichen Beckens, dass ein reifes Kind unverkleinert nicht hindurch geleitet werden kann. Von Dr. *Friedrich Ludwig Meissner.* (Schluss) 372

XXVII. Fall von künstl. Frühgeburt nach der *Cohen*'schen Methode von Dr. *Hausmann* in Stuttgart 388

XXVIII. Die Hand als Cephalotribe unter Beihülfe des Perforatorii u. d. scharfen Hakens b. drei unvermeidlich gewesenen Perforationen von Dr. *Th. Richard* . . . 389

XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur:
Collmann: Seltne Reflexerscheinung b. Schwangersch. 394
Schwegel: Ein Frauenbecken mit einer massenhaften Knochenwuchrung d. Schambeins u. ein. kleinern d. Junctura lumbo-sacralis in d. Conjugata vera 395
Allen: Dystocie in Folge vollständiger Ossification des Fötusschädels 396
Bison: Antev. uteri. — Metritis interna. — Nervöse Zufälle unter d. Form von Hysterie 396
Bison: Antevers. d. Uteruskörpers. — Innere Metritis. Symptomatische Paralyse 397
Miguérèz: Ruptur d. Uterus währ. d. Entbindung in Folge fast vollständiger Obliteration des Halses 398
Clay: Ueb. ein. wichtig. Form d. bösartig. Erbrechens in d. letzten Monaten d. Schwangerschaft . . . 399
Bernard: Die Injectionen v. Kohlensäure b. Behandlg. d. Uterinaffectionen u. d. allgemeinen Störungen, welche daraus entspringen können 399
Sautesson: Ein grosses, interstitielles Fibroid in d. vordern Wand d. Portio vagin. uteri, exstirpirt mit *Chassaignac's* Ecraseur. Heilung 401
Langenbeck: Ueber das Ecrasement linéaire 402
Houel: Die Verwachsungen der Placenta oder Eihäute mit einzelnen Theilen des Fötus 402
Domerc: Krampfhafte Strictur d. Muttermundes bis zu Ende der Geburt 404
Domerc: Placenta von Drillingen 405
Dunal: Einfluss der Syphilis auf den Verlauf der Schwangerschaft 405

XXX. Literatur:
The Dublin Practice of Midwifery; by *Henry Maunsell*, M. D. London 1856. New edition. 272 S. in 16.
The Complete Handbook of Obstetric Surgery etc. By *Charles Clay*. M. D. London 1856. 290 S. in 16.
Manuel pratique de l'art des accouchements, avec figures. Par *L. Hyernaux*. Bruxelles 1857. 359 S. in 16. 407

Seite

Heft VI.

XXXI. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin 409
Virchow: Studien über die in der Charité vorgekommenen Puerperalerkrankungen 409
Litzmann: Neue Beiträge zur Lehre von der Urämie der Schwangeren, Gebärenden u. Wöchnerinnen 414
Kauffmann: Fall von Wendung bei Prolaps. vaginae 430
XXXII. Ein zweiköpfiges Monstrum. Mitgetheilt von Dr. *Loescher* jun. in Lübben. (Mit Abbildung.) 432
XXXIII. Bericht über die Thätigkeit und die Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig im dritten Jahre ihres Bestehens, erstattet durch Dr. med. *Emil Apollo Meissner* jun., d. Z. Secretair . . 438
XXXIV. Notizen aus der Journal-Literatur:
Gregor Schmitt: Ein Beitrag zur Lehre von der Entstehung u. Bedeutung d. Nabelschnurgeräusches 450
Lumpe: Vier Fälle von künstlicher Frühgeburt . . . 451
Coesfeld: Zwei Fälle von künstlicher Frühgeburt nach *Cohen's* Methode 452
Gröningen: Drei Fälle von künstlicher Frühgeburt nach *Kiwisch's* Methode 452
Marnitz: Geburtsfall von zusammengewachsenen Zwillingen 453
Ramis und *Breslau:* Ein seltener Fall von Doppelmissbildung, von Xiphodymie 453
Tuppert: Ein Fall von Atresia uteri congenita mit nachfolgender Schwangerschaft 454
Dor: Ueber die Contagiosität des Kindbettfiebers . 455
Kirn: Fall von Atresia vaginae 456
L. C. van Goudoever: Becken-Verengung, Querlage, missglückte Wendungsversuche u. Embryotomie, Kaiserschnitt. Tod 457
J. A. Groesbeek: Fall von Sectio caesarea mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind 461
T. J. Freerieks: Sectio caesarea mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind 462
Charrier: Ueber die Rückgängigkeit der Geburt . . 465
XXXV. Literatur:
Jan van der Hoeven: Akademische Probeschrift über Graviditas extrauterina. Leiden 1857 467
Lahr, 1858: Lehrbuch der Geburtshülfe von Dr. *O. Spiegelberg*, Privatdocent zu Göttingen. Mit 80 Holzschnitten. 376 S. 8. 472

I.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin.

Sitzung vom 14. Juli 1857.

Herr *Riedel* berichtete folgende drei Fälle von künstlicher Frühgeburt nach der *Cohen*'schen Methode.

Wenn ich mir erlaube, 3 früher mitgetheilten*) Fällen von künstlicher Frühgeburt im Folgenden 3 neuere hinzuzufügen, welche wie jene durch Einspritzungen in die Gebärmutter eingeleitet wurden, so geschieht dies in der Hoffnung, dass die Vermehrung des casuistischen Materials zur festeren Begründung eines Urtheils über den Werth dieser Methode, anderen Methoden der künstlichen Frühgeburts-Erregung gegenüber, beitragen werde. Selbst die Einseitigkeit der mitzutheilenden Beobachtungen, sofern zu ihnen dieselben zwei Frauen das Object lieferten, an denen ich auch in den früheren 3 Fällen diese Methode erprobte, wird sie hoffentlich nicht ganz werthlos machen.

Frau *Schiedtlack*, jetzt 35 Jahre alt, liefert durch den Verlauf ihrer binnen 11 Jahren 8 Mal erfolgten Schwangerschaften und Gebäracte ein merkwürdiges Beispiel zu der Thatsache, dass bisweilen die zum Gelingen des Geburtsgeschäftes concurrirenden Verhältnisse beim Weibe ohne Mitwirkung besonderer Krankheitsvorgänge sich im Laufe der Zeit in fast regelmässiger Progression immer ungünstiger gestalten. Während sie ihr erstes Kind in der günstigsten Schädellage zur normalen Geburtszeit ohne Kunsthülfe und ziemlich schnell zur Welt brachte, konnten die 3 folgenden

*) S. Monatsschrift f. Geburtskunde 1855. Bd. V, Hft. 1 und Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. in Berlin H. 9 (1857) p. 47.

Gebäracte wegen eines mehr und mehr sich herausstellenden Missverhältnisses zwischen dem stark entwickelten Kopf der ausgetragenen Kinder und der Beckenräumlichkeit (besonders in der oberen Apertur) nur durch Zangen-Application beendigt werden und zwar mit so steigender Schwierigkeit, dass das letzte Mal das Leben von Mutter und Kind in hohem Grade gefährdet schien, ja letzteres in fast wunderbarer Weise, trotz bedeutender Verletzungen des Schädels und Gesichts durch den Zangendruck, mit dem Leben davon kam. Nachdem dann durch genaue Beckenmessung in einer Beschränkung der Conjugata bis auf 3 Zoll 4 (höchstens 6) Linien, mit Rücksicht auf die notorisch starke Körper- und Kopfentwickelung der letzten 3 ausgetragenen Kinder, die Indication zur künstlichen Frühgeburt festgestellt war, ward in der 35. Woche der fünften Schwangerschaft die *Cohen*'sche Methode zur Einleitung künstlicher Frühentbindung mit dem Erfolg in Anwendung gebracht, dass der Gebäract — nach einer einzigen Wasser-Injection in die Gebärmutter — binnen 5 Stunden zu Ende lief, das Kind aber wegen ungünstiger Lage, nöthiger Wendung, Vorfalls der Nabelschnur, erschwerter Armlösung und verzögerten Austritts des zuletzt kommenden Kopfes todt zur Welt kam. *)

Die 6. Schwangerschaft nahm (Frühling 1855) bereits im 3. Monat ihren Ausgang mit Abortus, welcher durch die Plötzlichkeit seines Auftretens und den ihn begleitenden enormen Blutverlust das Leben der Frau in grosse Gefahr brachte.

Ueber die Beendigung der beiden letzten Schwangerschaften — durch künstliche Frühgeburt — will ich mir eben jetzt erlauben specieller zu berichten.

(Erster Fall.) Gedachte Frau war um Mitte August 1855 zum 7. Mal schwanger geworden und hätte um den 20. Mai folgenden Jahres ihren normalen Geburtstermin zu erwarten gehabt. Zur Vornahme der künstlichen Frühgeburt ward wieder die muthmasslich 35. Schwangerschaftswoche, die 2. April-Woche 1856, gewählt. Ausser den Beschwerden, welche — wie in früheren Schwangerschaften — in den ersten 3 Monaten durch die habituelle Rückwärtsknickung der Gebärmutter, in den späteren durch starken Hängebauch und über-

*) S. a. a. O.

mässige Varicenbildung längs den ganzen unteren Extremitäten bis zu den äusseren Genitalien hinauf veranlasst wurden, hatte Schwangere, insbesondere in den letzten dem festgesetzten Frühgeburtstermin vorangehenden Wochen, offenbar durch die bei ihrer steten Beschäftigung mit Waschen und Plätten unvermeidlichen Erkältungen, unaufhörliche reissende Schmerzen in Kopf und Gliedmassen, wodurch der nächtliche Schlaf auf lange Zeit fast gänzlich geraubt, ein hoher Grad nervöser Erregung und krankhafter Verstimmung des Gemeingefühls und oft ein wirklicher Fieberzustand herbeigeführt ward. So ungünstige Gesundheitsverhältnisse konnten dann auch nicht ohne üblen Einfluss auf den Verlauf der inzwischen unaufschiebbaren Frühgeburt bleiben. Am 8. April früh $9\frac{1}{2}$ Uhr geschah die erste intrauterine Einspritzung von 3 Tassen warmen Wassers ganz in früher beschriebner bekannter Weise, ohne Schwierigkeit; ihr folgte Mittags 2 Uhr die 2. und Abends $6\frac{1}{2}$ Uhr die 3. Injection. Ausser den auf solche Einspritzungen stets unmittelbar folgender Wirkungserscheinungen: Erection und grössere Spannung des Uterus (ebenso objectiv durch die auf den Unterleib gelegte Hand wie von der Frau durch ein Gefühl spannender Fülle im Bauche wahrnehmbar), Verkürzung und Höhertreten der Vaginalportion, grössere Derbheit und Resistenz in den Muttermundslippen und den Wandungen des Mutterhalses, leichtere Zugänglichkeit des Muttermundes und Verkürzung nebst Erweiterung des Halscanales — Erscheinungen, welche die nächsten physikalisch nothwendigen Folgen grösserer Anfüllung und Ausdehnung der Gebärmutter durch das eingedrungene Wasser sind und deren Fortbestehen oder Wiederverschwinden daher von dem Zurückbleiben oder Wiederabfliessen dieses letzteren abhängt — traten Zeichen eigentlicher Geburtsthätigkeit in Form regelmässiger Wehen an diesem Tage noch nicht ein; dagegen äusserte sich Nachmittags bald nach der 2. Injection eine unerwünschte Reaction auf die Wasserfülle des Uterus durch einen Schüttelfrostanfall mit Kopfschmerzen, so wie besonders peinlichen Schmerzen in den Brüsten und im Unterleibe. Obwohl diese Zufälle schon nach etwa 1 Stunde wieder nachliessen, so dass Abends noch eine 3. Einspritzung gemacht wurde, wiederholten sich dieselben doch in der folgenden schlaflos verbrachten Nacht in ähnlicher

Weise, nur mit grösserer Andauer, und am nächsten Morgen fand ich Pat. in einem entschiedenen Fieberzustand mit sehr heissem und schmerzhaftem Kopf, rothem heissen Gesicht, stark geschwellten äusseren Kopfvenen, belegter Zunge und Uebelkeit. Eigentliche Wehen fehlten noch, doch war der Muttermund entschieden zugänglicher als Abends zuvor und der Halscanal ziemlich verstrichen. Von weiteren Injectionen vorläufig Abstand nehmend, liess ich sofort 8 Unzen Blut aus der Armvene und gab eine Lösung von doppeltkohlensaurem Natron innerlich. Bis zum Mittag dieses Tages trat Fiebernachlass und Besserung ein, die Geburt machte indess keine deutlichen Fortschritte. Betreffs der Lage des Kindes, das offenbar noch lebte, liess sich jetzt wie Tags zuvor, da ein vorliegender Kindstheil per vaginam nicht zu fühlen war, durch Palpation des Unterleibs nur so viel feststellen, dass die Längenachse des Kindskörpers in der Richtung von links und unten nach rechts und oben zum mütterlichen Becken stand mit wahrscheinlicher Lagerung des Kopfes am linken horizontalen Schambeinast in einer Aussackung der Gebärmutter. Seit 9 Uhr Abends stellten sich mit einem Male kräftige und rasch auf einander folgende Wehen ein und unter diesen floss stets viel Wasser aus der Scheide, welches die Wickelfrau alsbald zu ihrem Schrecken als Fruchtwasser erkannte, da inzwischen ein unbedeckter knieähnlicher Kindstheil im Muttermunde fühlbar geworden war. Bald nach 10 Uhr mit einem Collegen Dr. *Schauer* zur Kreissenden kommend, überzeugten wir uns, dass der vorliegende Kindestheil die linke Schulter war und dass wir es mit einer ersten Schulterlage 2. Unterart zu thun hatten. Die unverzüglich vorzunehmende Wendung, behufs welcher Kreissende sofort auf ein Querlager gebracht ward, fand in der inzwischen stark contrahirten Gebärmutter so erhebliche Schwierigkeit, dass es uns beiden bei abwechselndem Bemühen nicht gelingen wollte sie zu vollführen und wir noch den Dr. *Credé* herbeirufen liessen, der dann mit seiner geburtshülflichen Musterhand bei angenommener Seitenlage der Frau nicht ohne grosse Mühe erst den einen Fuss, darnach auch den anderen auffand und herabführte. Vollends gelang die Wendung des Kindeskörpers erst unter mitwirkender Wehenhülfe und kräftigem Ziehen an den Beinen. Nach

Extraction des Rumpfes und Lösung der Arme musste an den nachfolgenden Kopf noch die Zange applicirt werden. Etwa 1 Uhr Nachts — 40 Stunden nach der ersten Einspritzung — war das Kind — todt — geboren. Die theilweise fest adhärirende Placenta wurde nach $^1/_2$stündigem Warten künstlich gelöst. Das Kind war verhältnissmässig sehr stark entwickelt, namentlich in den Durchmessern des Kopfes und in der Festigkeit der Schädelknochen, so dass für eine etwa wiederkehrende künstliche Frühgeburt bei der Frau die Wahl eines früheren Zeitpunktes der Schwangerschaft zweckmässig und nöthig erschien. Im Wochenbett kam, ausser etwas Fieberreizung und Kopfschmerz in den nächsten Tagen, keine erhebliche Störung vor.

(Zweiter Fall). Kaum ein halbes Jahr nach der eben berichteten Entbindung ward dieselbe Frau wieder schwanger. Die am 11. Septbr, 1856 zum 5. Mal seit der vorigen Geburt wiederkehrende Menstruation erregte schon durch ihren um einige Tage verspäteten Eintritt und ihre ungewöhnlich kurze Dauer von nur 1 Tag den Verdacht auf kurz zuvor stattgehabte Conception. Wie gegründet dieser Verdacht, zeigte sich alsbald an den unzweideutigen Merkmalen der Schwangerschaft. In der 2. Hälfte des Januar d. J. fühlte Schwangere ihre ersten deutlichen Kindsbewegungen und um den 18. Juni durfte der normale Geburtstermin angenommen werden. Dies Mal wählte ich aus obgedachtem Grunde die 33. Schwangerschaftswoche — die letzte April-Woche — zur Ausführung der künstlichen Frühgeburt. Unter im Ganzen geringeren Beschwerden, als die früheren Schwangerschaften, erreichte die jetzige den obengedachten Zeitpunkt. Eine aufs Neue angestellte Beckenmessung ergab dieselben Resultate, wie früher: aus der Diagonal-Conjugata von knapp 4 Zoll musste auf eine Conjugata des Beckeneingangs von knapp $3^1/_2$ Zoll geschlossen werden. Leider war die Lage des Kindes, wie eine am 17. April vorgenommene äussere und innere Exploration erwies, auch dies Mal wieder eine abnorme; ein vorliegender Kindestheil liess sich — auch im Stehen der Frau — nicht von der Scheide aus fühlen; die lebhaftesten Bewegungen kleiner Kindstheile (anscheinend Knie oder Ellenbogen) nahm die den Unterleib drückende Hand links unter dem Nabel wahr; den

fötalen Herzschlag hörte man am deutlichsten in der Mitte zwischen Nabel und Schambeinsymphyse, weiter links das Gefässgeräusch; die Lage des Kopf- und Rumpfendes blieb zweifelhaft.

Am 27. April Vormittags 9½ Uhr injicirte ich, nachdem zuvor Darm und Blase der Frau entleert waren, unter Assistenz meines Freundes Dr. *Schauer* mit dem *Cohen*'schen Apparate 3½ Tassen lauwarmen Wassers in den Uterus; reichlich 1 Drittheil der Flüssigkeit floss nach 10 Minuten nach Entfernung der Uterusröhre wieder aus. Unmittelbar nach der Injection die gewöhnlichen Veränderungen in Stand, Form, Umfang und Consistenz des Uterus und insbesondere seines Vaginaltheiles, sowie die entsprechenden gewöhnlichen Empfindungen der Frau. Wir entfernten uns unter Zurücklassung der Hebamme und nach Verabredung einer 2. Zusammenkunft und Injection auf 2 Uhr Mittags. Schon um 1½ Uhr traf mich in anderweitiger Praxis die Aufforderung, eiligst zur Frau *S.* zurückzukehren, da die Geburt einen stürmischen Fortgang genommen hätte. Wirklich fand ich gegen 2 Uhr die Kreissende in kräftigsten Geburtswehen, den Muttermund fast völlig erweitert und die Kindshäute tief in die Scheide herabragend, während der Wehe sprungfertig gespannt. Auch jetzt war kein Kindestheil in dem Beckeneingang zu fühlen; die Lage des Kindes wurde indess als eine Schieflage, der Kopf nach hinten links und oben über der linken Kreuzdarmbeinfuge, der Steiss nach vorn rechts und unten über dem rechten horizontalen Schambeinast liegend, die Rückenfläche nach vorn und links gerichtet erkannt. Nachdem die Kindshäute, deren Sprengung in utero durch die zur Wendung eingeführte Hand wegen ihrer ungewöhnlichen Festigkeit nicht gelingen wollte, mittels einer Scheere durchstochen waren, ward die Wendung des Kindes durch Herabholen der Füsse nicht ohne Schwierigkeit vollzogen und die Schieflage so in eine erste Fusslage verwandelt. Später bereitete noch der rechte hinten am Kopf in die Höhe geschlagene Arm, namentlich aber der Kopf selbst eine nicht unerhebliche Geburtsverzögerung; kein Wunder daher, dass der bald nach 3 Uhr geborne Knabe ohne alle Lebensspuren war und Wiederbelebungsversuche an ihm fruchtlos blieben. Die Nachgeburt erfolgte bald nach der Geburt des Kindes ohne Schwierigkeit

und das Wochenbett der Mutter verlief durchaus günstig. — Mit besonderem Dank muss ich der wirksamen Unterstützung erwähnen, welche mein Freund Dr. *Schauer* mir auch bei dieser Entbindung wieder gewährte.

Eine einzige intrauterine Einspritzung genügte also ebenso wie bei der ersten künstlichen Frühgeburt derselben Frau, um eine vollkräftige Geburtsthätigkeit einzuleiten und der ganze Gebäract dauerte nur 6 Stunden.

Das Kind unterschied sich in seinen Grösseverhältnissen nur wenig von ausgetragenen Kindern gewöhnlicher Grösse. Seine Kopfdurchmesser betrugen: der diagonale $4^1/_2$ Zoll, der gerade 4 Zoll, der grosse quere $3^1/_4$ Zoll, der kleine quere $2^3/_4$ Zoll, die Gesichtshöhe 3 Zoll, die Peripherie des Kopfes $12^1/_2$ Zoll; ferner die Kopfrumpflänge $12^1/_2$ Zoll, die ganze Körperlänge $18^1/_2$ Zoll, die Schulternbreite 4 Zoll, Hüftbreite 3 Zoll, das Gewicht 6 Pfund.

(Dritter Fall). Frau *Stanowsky*, 36 Jahre alt, von rhachitischem Bau und kleiner Statur, mit einer Verengerung des Beckeneingangs von weniger als $3^1/_2$ Zoll Conjugata, welche nach einem Abortus (1849) im Jahre 1850 mittels Zange von einem während der schwierigen Operation verstorbenen Kinde, 1852 mittels der Cephalotripsie entbunden war, an der ich dann 2 Mal (1854 und 1855) die künstliche Frühgeburt vorgenommen (S. a. a. O.) und die im Frühling 1856 bei ihrer 6. Schwangerschaft durch Abortus einer Wiederholung derselben Procedur entging, war seit Anfang Juli v. J. wieder schwanger, fühlte Anfangs November die erste Kindesbewegung und hätte um den 7. April d. J. ihren normalen Geburtstermin zu erwarten gehabt.

Bei einer wiederholten Beckenmessung ergab sich eine Diagonalconjugata von gut $3^1/_2$ Zoll, so dass die Conjugata des Beckeneingangs schwerlich mehr als 3 Zoll betragen konnte, wiewohl die äussere Conjugata mit dem *Baudelocque*schen Beckenmesser gemessen volle 7 Zoll betrug. Nachdem bei einer vorgängigen äusseren und inneren Untersuchung das Leben des Kindes durch fühlbare Bewegungen der Extremitäten und durch das rechts unter dem Nabel deutlich hörbare fötale Herzgeräusch festgestellt, der Kindskopf mit Wahrscheinlichkeit links unten in der ausgebuchteten Gebärmutter über dem

linkseitigen horizontalen Schambeinast, der Steiss nach oben und rechts liegend ermittelt war, schritt ich am 18. Februar d. J., muthmasslich im Beginn der 34. Schwangerschaftswoche, zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Auf die erste 10 Uhr Vormittags gemachte Einspritzung von 3 Tassen warmen Wassers, welches fast vollständig in der Gebärmutterhöhle zurückblieb, erfolgte ausser den mechanisch physikalischen Wirkungserscheinungen kein Zeichen beginnender Geburtsthätigkeit, auf die 2. Einspritzung (Mittags $1^1/_2$ Uhr) eigenthümliche wehenartige Empfindungen im Kreuz und in den Seiten des Unterleibs; vor der 3. Einspritzung (Nachmittags 6 Uhr) zeigte sich die Vaginalportion auffallend verkürzt, fast verstrichen, der innere Muttermund für 2 Finger zugänglich und die Eihäute von den Fingerspitzen erreichbar; der Kindskopf war ballotirend links über dem Scheidengewölbe zu fühlen. Bis Abends $10^1/_2$ Uhr, wo die 4. Injection geschah, wollte Kreissende 4 wirkliche Wehen gehabt haben. In der Nacht machte die Geburt keine wesentliche Fortschritte, ebenso wenig am Vormittag des folgenden Tages. Wegen nothwendiger Reparatur des Apparats konnte in dieser Zeit die Einspritzung nicht wiederholt werden. Mittags $1^1/_2$ Uhr, Nachmittags $6^1/_2$ Uhr und Abends $10^1/_2$ Uhr fanden die 5., 6. und 7. Injection, die letzte mit etwa 3 Unzen Aqua picea, statt. Die 2. Geburtsperiode schritt langsam vorwärts. Am 20. Febr. früh $5^1/_2$ Uhr sprang die Blase; es erfolgte sehr reichlicher Wasserabgang und darnach auch mässiger Blutabgang, während Kreissende von ziemlich heftigem Frost befallen wurde. Bei meinem Eintreffen um 6 Uhr fand ich die Nabelschnur schwach pulsirend im Muttermunde vorliegend, der Kindskopf war nicht in den Beckeneingang herabgetreten. Ohne erhebliche Schwierigkeit machte ich die Wendung auf die Füsse und darnach die Extraction, bei der jedoch der Kopfaustritt, unter völligem Wehenmangel und dem Hinderniss einer doppelten Nabelschnurschlinge um den Hals, sehr zögernd erfolgte, so dass das geborne Kind (Mädchen) keine Lebensspuren mehr zeigte. Die wahrscheinlich schon vorher gelöste Nachgeburt folgte dem Kinde auf der Stelle. Letzteres hatte ein Gewicht von mehr als 6 Pfund. — Die ganze Geburt hatte 44 Stunden gedauert. — Das Wochenbett verlief durchaus günstig.

Ein Rückblick auf diese eben berichteten und die 3 früher mitgetheilten — im Ganzen also 6 — Fälle von künstlicher Frühgeburt kann leider nicht die Befriedigung eines ganz erwünschten Resultates gewähren; im Gegentheil muss man eingestehen, dass statistisch betrachtet der Erfolg eines geburtshülflichen Kunstverfahrens, welches ebenso sehr die Erhaltung des Kindes wie die der Mutter unter gewissen durch Raumbeschränkung des mütterlichen Beckens gesetzten Geburtsschwierigkeiten bezweckt, ein ungenügender und unglücklicher zu nennen ist, wenn unter 6 Kindern 4 todt, nur 2 lebend zur Welt kamen und auch von den letzteren das eine am 3. Tage an Tetanus, das andere nach $2^1/_2$ Monaten an Brechdurchfall zu Grunde ging. Besonders wichtig erscheint aber die Frage, ob dieser unbefriedigende Erfolg dem unverschuldeten Zusammentreffen ungünstiger Umstände oder — ganz oder theilweise — der Wahl und Ausführung des eingeleiteten Kunstverfahrens zugeschrieben werden dürfe und müsse? Muss ich eingestehen, dass ich in den beiden letzten Malen aus Besorgniss vor einem ungünstigen Ausgang für das Leben der Kinder um so mehr mit einer gewissen inneren Unlust an die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ging, als die trotz vielfacher ungünstiger Geburtserlebnisse rasch wiederkehrende Schwangerschaft der betreffenden Mütter von einer nicht eben geringen Leichtfertigkeit derselben zu zeugen schien, so ist mir die Entscheidung gedachter Frage um so gewichtiger, als ich vielleicht über kurz oder lang in die Nothwendigkeit versetzt werde, bei denselben Frauen aufs Neue die künstliche Frühgeburt einzuleiten und unter den verschiedenen empfohlenen Verfahrungsweisen Behufs derselben zu wählen. Eine unbefangene Erwägung der bei den einzelnen dieser 6 Frühgeburtsfälle concurrirenden Verhältnisse führt indess, wenn ich nicht irre, zu der tröstlichen Ueberzeugung, dass die eingeschlagene Methode nicht wohl für sich allein oder mitwirkend den Tod der Kinder verschuldet haben kann, sondern in der ausnahmelos ungünstigen (und zwar als solche schon vorher bestehenden) Kindeslage bei ungleichmässig entwickelter und sackartig nach vorn ausgebuchteter Gebärmutter, ferner in der Schwierigkeit der nothwendigen Wendungsoperationen und in der verzögerten Extraction des Kindes namentlich des

verhältnissmässig starken nachfolgenden Kopfes die Todesursache bei jenen 5 todtgebornen Kindern zu suchen und zu finden sei. Ob in dem einen oder anderen Falle eine geschicktere und kunstfertigere Hand trotz solcher Verhältnisse ein glücklicheres Resultat erzielt haben möchte, muss ich dahin gestellt sein lassen. Genug! die Methode der Frühgeburtseinleitung nach *Schweighäuser — Cohen* trifft nach meiner Ueberzeugung keine Mitschuld an dem traurigen Ausgang für die 4 Kinder.

Zur Bestätigung der Gefahrlosigkeit dieser Methode für die Kinder darf ich, ausser auf zahlreiche andere mit Lebenserhaltung der Kinder verlaufene Frühgeburtsfälle, auf die im 9. Heft unserer Verhandlungen abgedruckten, hier vorgetragenen 3 Beobachtungen von *Credé* (2) und *Birnbaum* (1) verweisen. Ist aber diese Methode nicht mit besonderer Gefährdung des Lebens der Kinder verbunden, wie solche vielleicht in dem Druck des eingespritzten Wassers auf den Kindskörper oder in der Hervorrufung ungleichmässiger und unregelmässiger Uteruscontractionen gesucht werden könnte, so vermag übrigens die *Cohen*'sche Methode die kritische Vergleichung mit jedem anderem der empfohlenen Verfahren wohl zu bestehen.

Was die Dauer des Gebäractes in meinen 6 Fällen künstlicher Frühgeburt betrifft, so betrug dieselbe beziehentlich 5, 6, 11, 40, 44 und 63½ Stunden von der ersten Injection an gerechnet, mithin durchschnittlich 28½ Stunden. Der Uterus der Frau *Schiedlack* zeigte durchschnittlich eine weit raschere Reaction auf die Einspritzungen, als der der Frau *Stanowsky*, denn während der Gebäract bei der Ersteren im Mittel von 3 Fällen nur 17 Stunden dauerte, so währte er bei Letzterer im Durchschnitt aus 3 Fällen 39¾ Stunden; bei Ersterer wurden 2 Mal nur je 1, ein Mal 3 Injectionen gemacht, bei Letzterer je 3, 5 und 7 Injectionen.

Die Zufälle einer unerwünschten fieberhaften Reaction mit wiederholten Schüttelfrostanfällen, heftigen Kopf- und Leibschmerzen, wie solche in dem ersten der 3 oben berichteten Falle eintraten und nach einem Aderlasse schwanden, müssen sicherlich mehr als Effect der, wie erwähnt, vorher bereits bestehenden Krankheitsprädisposition, namentlich der

bedeutenden venösen Blutstauungen und einer abnormen Reizempfänglichkeit der Nervencentra, denn als Wirkung der Injectionen angesehen werden. Anderweitige bedenkliche Symptome beobachtete ich nach den intrauterinen Wassereinspritzungen nicht. — Auch war der Verlauf des Wochenbetts ohne Ausnahme günstig.

Dass das Zurückbleiben des eingespritzten Wassers (oder mindestens eines Theils desselben) in der Gebärmutter die Bedingung zur Erregung der Wehenthätigkeit sei, darauf hat schon vor Jahren *Cohen* wiederholentlich aufmerksam gemacht und darum ein besonderes Mutterrohr empfohlen, dessen unteres dickeres Ende nach dem Einführen in die Gebärmutter den Muttermund möglichst verschliesse und das Ausfliessen des Wassers verhindere. In einem von *Langheinrich* in *Scanzoni's* Beiträgen zur Geburtsk. und Gynäkol. (Bd. 2, S. 50 ff.) berichteten Falle von künstlicher Frühgeburt war wohl nur die Nichterfüllung dieser Bedingung Grund der Erfolglosigkeit der beabsichtigten Prüfung der *Cohen*'schen Methode. *L.* bediente sich nicht des von *Cohen* angegebnen Apparates, sondern einer gewöhnlichen Spritze und eines nicht näher beschriebenen Rohres; es heisst aber im Bericht: „das Wasser floss sofort durch den Muttermund und die Scheide wieder ab". Nachdem *L.* so 3 Tage erfolglos mit Einspritzungen durch den Muttermund operirt, nahm er am 4. Tage den Saugapparat an den Brustwarzen, am 5. Tage den Colpeurynter, am 6. Tage die Uterusdouche zu Hülfe — Alles vergebens! denn erst der am 7. Tage angewendete Pressschwamm führte die erwünschte Geburtsthätigkeit herbei.

Wer daher die *Cohen*'sche Methode zur Einleitung der Frühgeburt prüfen will, dem ist die Anwendung des von *C.* angegebenen Apparates, insbesondere des am hinteren Ende bis auf 9 Linien an Durchmesser zunehmenden Mutterrohrs angelegentlichst zu empfehlen.

Herr *Hecker* erzählte einen Fall, in welchem er in Gemeinschaft mit Herrn *Feiler* die künstliche Frühgeburt, gleichfalls nach der *Cohen*'schen Methode vorgenommen. Er betraf eine kleine Frau von 26 Jahren, die am 30. April 1856 wegen Beckenenge, die nach wiederholten

Messungen auf 2″ 10‴ geschätzt wurde, durch ihn mit Hülfe der Kephalotripsie unter grossen Schwierigkeiten von ihrem ersten Kinde, einem ausgetragenen Knaben entbunden worden war. Bald darauf zum zweiten Male schwanger, berechnete sie den Termin ihrer Niederkunft auf Mitte Juli, und meldete sich zu rechter Zeit zur künstlichen Entbindung, die ihr schon im ersten Wochenbette im Falle einer neuerlichen Schwangerschaft als durchaus nöthig dringend anempfohlen war. Der bedeutenden Beckenenge wegen musste die künstliche Frühgeburt ziemlich entfernt von dem Geburtstermine eingeleitet werden; es wurde deshalb die erste Injection von warmem Wasser schon am 22. Mai 11 Uhr Morgens und zwar in der gewöhnlichen, oft beschriebenen Weise gemacht, und hatte dieselbe in so fern den gewünschten Erfolg, als schon sehr bald darauf eine Verkürzung der Port. vag. und eine grosse Eröffnung des äusseren Muttermundes erfolgte. Im Ganzen waren aber doch 7 Injectionen zur Einleitung der Geburt nöthig, die nach längerer sehr schwacher Beschaffenheit der Wehen, 80 Stunden nach der ersten Einspritzung sehr stürmisch erfolgte, und deshalb nachtheilig für das Leben des Kindes ausfiel, weil beim Abflusse des Fruchtwassers, wo man wegen nicht gehöriger Erweiterung des Os uteri nicht durch die Kunst einschreiten konnte, die Nabelschnur vorgefallen war, und später bei dem stürmischen Verlaufe der Geburt die nöthige Hülfe in dem Augenblicke nicht zur Hand war, als das mit den Füssen vorangehende Kind zum Einschneiden kam. Das Wochenbett verlief günstig, trotzdem, dass nach der letzten Einspritzung eine sehr bedeutende Gefässaufregung, die sich durch einen Schüttelfrost eingeleitet, aufgetreten war.

Herr *Virchow* theilte als Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt mit, dass er auf seiner Abtheilung in der Charité eine im 6. Monate der Schwangerschaft befindliche Person gehabt habe, welche wegen Febris intermittens grosse Dosen Chinin erhielt. Am folgenden Tage trat, obwohl vorher gar keine Anzeichen einer beginnenden Geburtsthätigkeit vorhanden gewesen waren, Abortus ein, und Herr *Virchow* fragte deshalb, ob Beobachtungen von der Wirkung des Chinins als Abortivum auch von Anderen gemacht seien. Die Herren *Körte* und *Wegscheider* bezweifelten, ob überhaupt der

Abortus als eine Folge des Chiningebrauches hier aufzufassen sei, glaubten vielmehr eher denselben auf Rechnung der Wechselfieberanfälle setzen zu müssen.

Dagegen erinnerte sich Herr *Ulrich* eines Falles aus seiner Praxis in Moabit, wo gleichfalls auf den Gebrauch grosser Dosen Chinin bei einer an Wechselfieber leidenden Schwangeren Abortus erfolgt war.

Demnächst zeigte Herr *Strassmann* I. der Gesellschaft das Kind vor, welches, an einer grossen Sacralcyste leidend, vor einem Jahre schon einmal der Gegenstand einer Mittheilung gewesen war. Das Kind, das damals bald nach der Geburt präsentirt, späterhin durch Punction und Injection einer Jodflüssigkeit behandelt worden, trägt in der damals näher beschriebenen Gegend einen sehr bedeutenden, schlaffen, von der Haut gebildeten Sack, der an seiner oberen Peripherie noch einige Häute durchfühlen lässt, ist dabei völlig gesund und munter.

Zu gleicher Zeit und als Gegenstück zu diesem Falle zeigte Herr *Virchow* die Leiche eines todtgebornen Kindes vor, welches ganz an derselben Stelle wie das lebende, eine cystenartige Ausdehnung zeigte, nur mit dem Unterschiede, dass der Inhalt der Cyste nicht als ein rein wässriger, sondern als ein durch Blutextravasate dunkel gefärbter befunden worden war. Herr *Strassmann* versprach, sobald als möglich eine detaillirtere Beschreibung beider Fälle einzuliefern.

Herr *Riedel* machte endlich die Gesellschaft mit folgenden Untersuchungen bekannt, die er zur Prüfung der *Blot*'schen Angaben über Glykosurie der Wöchnerinnen, Stillenden und Schwangeren angestellt hatte.

Blot hat bekanntlich der Akademie der Wissenschaften in Paris in einer October-Sitzung v. J. einen Vortrag „über das physiologische Vorkommen von Zucker im Harn von Wöchnerinnen, Stillenden und Schwangeren" gehalten und darin als Resultate eigner Untersuchungen folgende Sätze aufgestellt:

1) Bei Wöchnerinnen, deren Milchsecretion gehörig von statten geht, gleich wie bei Stillenden überhaupt, findet sich ohne Ausnahme Zucker im Harn und zwar anscheinend in einem directen quantitativen Verhältniss zur Milchsecretion der

Brust, so dass, wo letztere sehr reichlich, auch ein grösserer Zuckergehalt des Harns auftritt und umgekehrt und wenn zufällig die Milchsecretion in's Stocken geräth, auch der Harn weniger oder keinen Zucker enthält. Die Quantität des Zuckers im Harn differirt von 1, 2 bis 12 Grmms. auf 1000 Gr. Urin.

2) Unter Schwangeren ist etwa bei der Hälfte der Urin gleichfalls zuckerhaltig und auch hier scheint die bereits eingetretene Secretionsthätigkeit der Brustdrüsen die Bedingung der Glykosurie zu sein.

3) Weibliche Thiere, namentlich Kühe, bieten dasselbe Phänomen eines physiologischen Zuckerdiabetes dar.

Vorgenannte Resultate will *Blot* durch eine mittels vierfacher Zuckerprobe angestellte Prüfung des Harns gewonnen haben, nämlich:

a) durch Kochen des Urins mit Aetzlauge — Bräunung des Harns;

b) durch Zusatz von Aetzkali und schwefelsaurem Kupferoxyd und nachheriges Erwärmen — Reduction des Kupfersalzes;

c) durch eingeleitete Gährung des Urins — Entwickelung von Alkohol und Kohlensäure;

d) durch den Polarisationsapparat — Ableitung des polarisirten Lichts nach rechts.

Es konnte nicht fehlen, dass so ganz neue physiologische Thatsachen ihre Runde durch die medicinischen Tagesblätter machten und auch in mehrere deutsche Journale übergingen, doch sind dieselben — so viel mir bekannt — seither von keiner Seite durch wiederholte Prüfung bestätigt oder widerlegt worden.*) A priori konnte man wohl gewisse Bedenken gegen *Blot's* Glykosurie der Wöchnerinnen, Stillenden und Schwangeren hegen, denn wenn auch die Annahme einer unter den eigenthümlich modificirten Lebensvorgängen der Schwanger-

*) s. über denselben Gegenstand 1) *Kirsten:* über das Vorkommen von Zucker im Harn etc., Monatsschr. f. Geburtsk. etc. Bd. 9, Heft 6, S. 437; — 2) *Leconte:* über den Zuckergehalt etc. Gaz. hébdom. 26. Juin 1857 und Monatsschrift für Geburtsk. etc. Bd. 10, Heft 3, S. 230; — 3) *Wiederhold:* über das Vorkommen von Zucker etc. Deutsche Klinik No. 41, 1857 und Monatsschr. für Geburtsk. Bd. 10, Heft 5, S. 374. Anm. d. Red.

schaft, des Wochenbetts und der Lactation gesteigerten Zuckererzeugung im weiblichen Körper nicht nur nicht unwahrscheinlich ist, sondern auch wegen der verhältnissmässig grossen Quantität Zucker, welche die Milchsecretion mit sich führt, keinem Zweifel unterliegt, so war doch im Voraus nicht abzusehen, wie eine solche zeitweise gesteigerte Zuckerproduction, mochte sie nun in der Leber allein vor sich gehen und die Brüste nur einen besonderen physiologischen Anziehungspunkt für den von der Leber her in den Kreislauf übergeführten Zucker bilden, oder — was wohl wahrscheinlicher — die Brustdrüsen selbst mit eintretender Lactation die Fähigkeit erhalten aus den Elementarbestandtheilen Zucker zu erzeugen, — es war nicht abzusehen, sage ich, wie diese gesteigerte Zuckererzeugung, welche einem bestimmten physiologischen Zwecke dient, eine Zuckerausscheidung durch die Nieren zur Folge haben sollte, während und so lange gerade die Milchsecretion den Zucker so reichlich in Anspruch nimmt. Mehr aprioristische Wahrscheinlichkeit hätte jedenfalls die Annahme, dass bei einer plötzlichen Hemmung der normalen Lactation die Nieren ein zuckerhaltiges Secret lieferten, als *Blot's* gerade entgegengesetzte Beobachtung, welcher zufolge die Glykosurie in directem quantitativen Verhältniss zur Milchsecretion der Brüste stehe. Immerhin schien es mir interessant genug — wenn auch nicht von eigentlich praktischer Wichtigkeit —, die *Blot*'schen Beobachtungen einer Nachprüfung zu unterwerfen. In wie weit und mit welchem Erfolg dies von mir geschehen, erlaube ich mir im Folgenden kurz zu berichten.

Der Urin von 11 Wöchnerinnen und 3 Schwangeren wurde von mir auf Zucker untersucht. Unter den ersteren 11 war 1 vor etwa 12 Stunden, 2 vor 3 Tagen, 2 vor 5 Tagen, je 1 vor 6, 7, 9 und 12 Tagen entbunden, die übrigen 2 befanden sich innerhalb der ersten 8 Tage des Wochenbetts. Mit Ausnahme von 2 stillten diese alle und hatten zum Theil eine sehr reichliche, zum Theil eine mittelmässige Milchsecretion. Von den 2 nicht Stillenden hatte die eine, 12 Tage vorher entbunden, ihr Kind — aus nicht vollgiltigen Gründen — gar nicht an die Brust gelegt, die andere war 3 Tage zuvor durch künstliche Frühgeburt von einem todten Kinde entbunden. Bei beiden bestand eine ziemlich starke,

aber stagnirende, Milchsecretion. Unter den 3 Schwangeren befand sich die eine im 6. Schwangerschaftsmonate, die anderen beiden (in der hiesigen Charité ihre Niederkunft erwartend) wahrscheinlich im letzten Monate. — Der auf Zucker untersuchte Urin von Wöchnerinnen war einige Mal durch den Katheter, sonst auf gewöhnlichem Wege entleert, enthielt nur 2 Mal geringe Beimischung von Blut und Schleimflocken, ward stets möglichst frisch — höchstens einige Stunden nach der Entleerung — untersucht und in 2 Fällen gleich nach dem Lassen mit Alkohol vermischt, um einer möglichen Zersetzung des darin enthaltenen Zuckers vorzubeugen.

Als Zuckerproben benutzte ich namentlich und in allen Fällen die beiden ersten unter den oberwähnten, auch von *Blot* in Anwendung gezogenen, nämlich das Kochen des Urins auf Zusatz von Aetzlauge und die sogenannte *Trommer*'sche Probe, Zusatz von Aetzlauge und schwefelsaures Kupferoxyd mit nachherigem Erwärmen. Von dieser letzteren Probe, welche Dr. *Hoppe* als die überhaupt zuverlässigste unter allen vorgeschlagenen Zuckerproben empfiehlt, überzeugte ich mich an künstlichen Milchzuckerlösungen, dass dieselbe einen Zuckergehalt von $^1/_{1000}$ einer Flüssigkeit noch sehr deutlich nachweist; — so viel soll aber nach *Blot* mindestens der Zuckergehalt des Urins bei Wöchnerinnen stets betragen. Dagegen tritt die eigenthümliche braune Färbung einer zuckerhaltigen Flüssigkeit durch Kochen mit Aetzlauge schon bei einer Verdünnung von 2 Theilen Zucker auf 1000 Flüssigkeit nur noch schwach hervor, so dass ein sehr geringer Zuckergehalt von $^2/_{1000}$ bis $^1/_{1000}$ abwärts durch diese Probe nicht mehr sicher zu erkennen ist. Im Polarisationsapparat wurde der Harn nur in 1 Falle untersucht, wie denn auch dieser Apparat zur Feststellung eines geringen Zuckergehaltes einer Flüssigkeit keineswegs geeignet ist.

Die Resultate dieser meiner 14 Harnprüfungen auf Zucker kann ich sehr kurz dahin zusammenfassen, dass sie in allen Fällen, sowohl bei Wöchnerinnen und Stillenden wie auch bei den — freilich nur 3 — Schwangeren, durchaus negativ ausfielen.

Um die Ueberzeugung zu erlangen, ob nicht etwa der Wöchnerinnen Harn doch einen ganz geringen, auch durch

die *Trommer*'sche Probe nicht nachweisbaren, Zuckergehalt besitze, wurde der Harn einer vor 3 Tagen entbundenen, mit starkem Blutzufluss zu den Brüsten begabten Frau zur Syrupsconsistenz abgedampft und ein alkoholischer Auszug desselben mit einer alkoholischen Kalilösung versetzt, wobei sich — wenn auch nur die geringste Quantität Zucker zugegen gewesen wäre — ein Kalisaccharat niedergeschlagen haben würde; aber auch der so erhaltene geringe Niederschlag in Wasser gelöst und mit der *Trommer*'schen Probe geprüft, ergab keinen Zuckergehalt.

Demgemäss glaube ich zu der Behauptung berechtigt zu sein: dass bei unseren deutschen Wöchnerinnen und Stillenden die Glykosurie bestimmt kein physiologisches Vorkommniss ist und namentlich nicht von einer reichlicheren oder spärlicheren Milchsecretion der Brüste bedingt wird. Dass unter gewissen Umständen der Urin von Wöchnerinnen, Stillenden und Schwangeren zuckerhaltig sein könne, wird hiermit selbstverständlich in Abrede gestellt.

II.

Verhandlungen der Section für Gynäkologie der zu Bonn gehaltenen 33. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte,

mitgetheilt vom

Privatdoc. Dr. **Spiegelberg** zu Göttingen.

(Mit 1 Tafel Abbildungen.)

Am Schlusse der Sitzungen obengenannter Section ward mir von den Versammelten als deren Secretair der Auftrag, die Discussionen durch diese Zeitschrift der Oeffentlichkeit zu übergeben. Indem ich mich hiermit meiner Pflicht entledige, bitte ich die Herren Redner, falls ich angebrachte Meinungen und Thatsachen irgendwie falsch aufgefasst habe, Nachsicht zu üben und mich mit dem Umstande, dass ich, wo es anging, mich an den Debatten betheiligen wollte, gütigst zu entschuldigen.

Bemerken will ich hier noch, dass für die ganze Dauer der Versammlung Herr Geh. Med.-Rath Prof. Dr. *Kilian* aus Bonn das Präsidium führte; da er aber in der ersten Sitzung zu erscheinen verhindert war, Herr Prof. Dr. *Litzmann* aus Kiel auf allgemeinen Wunsch jenes Amt übernahm.

Erste Sitzung am 19. September.

Vortrag des Herrn Dr. *Küchler* aus Darmstadt: „Ueber die Wirkung der Doppelnaht zur Sicherung der Herstellung eines soliden Dammes und Scheideneinganges bei der Episiorraphie."

Es scheint mir nicht die Aufgabe einer kurz dauernden Versammlung, Zeit und Kräfte durch ausführliche Erörterungen zu erschöpfen, welche die Literatur ersetzen kann, sondern durch die belebende Eigenschaft der mündlichen Mittheilung Gedanken zu erwecken, welche am heimischen Heerd Jeder selbst weiter ausspinnen kann.

Fricke hat 1833 durch den genialen Gedanken seiner Episiorraphie eine Schöpfung zu Tage gefördert, die zwar in ihrer ersten Gestalt nicht lebenskräftig genug war, der aber mehrere tüchtige Geburtshelfer so viel Leben eingehaucht haben, dass an ihrer Erhaltung nicht mehr gezweifelt werden kann.

Ausgehend von der richtigen Idee, dass die durch Geburten u. s. w. bodenlos gewordene Gestalt des kleinen Beckens die wichtigste Quelle der Gebärmuttervorfälle ist, hat *Fricke* zur Aneinanderlegung und Schliessung der Weichtheile am Scheidenausgange eine (brückenförmige) Naht der grossen Lippen vorgeschlagen und vielfach ausgeführt, auch primär in den meisten Fällen ein schönes Resultat erlangt. Er vermochte zwar gewöhnlich nicht, die hintere Commissur der Scheide zum Schluss zu bringen, vermochte nur, eine schmale häutige Vereinigung zu erzielen, die brückenförmig von einer Schamlippe zur andern reichte und beide verband; aber er hat, indem er die grosse Spaltöffnung der äusseren Genitalien aufhob, auch die inneren zurück und in die Höhe gedrängt, und es war nur bedauerlich, dass sich kein Mittel fand, sie in dieser Lage, wenigstens in der Regel zu erhalten. Waren aber auch die Mittel unzulänglich, so war doch die

leitende Idee gewiss richtig, und die meisten Einwendungen (wie die Unmöglichkeit des Coitus, der geschlechtlichen Functionen überhaupt, selbst der Geburt) ganz unhaltbar. Ohne alle Verletzung der gebildeten Brücken hat man nämlich eine Menge Geburten beobachtet, und zwei derselben in guten Zeichnungen vorgelegt (Fälle von *Plath* und *Leopold*). Nur die Unmöglichkeit der Vermeidung der Fistelbildung, das häufige Vorkommen von Hernien und selbst von Recidiven des Uterinvorfalls haben zur Verwerfung der Operation geführt. *Busch*, dem viele Dissertationen hierüber ihren Ursprung verdanken, und nach ihm *Credé* haben ihr erneute Aufmerksamkeit zugewandt. Vor Allem wurde die Schnittführung verbessert, und dazu haben *Kieter*, *Busch* und *Credé* das Ihrige beigetragen. Aber mehr Schwierigkeit bot noch immer die Wundheilung. Soll ein gehörig fester Damm gewonnen werden, so ist die Wunde zu breit und zu tief gehend, die Wundränder zu nachgiebig, um mittels gewöhnlicher oder der Keilnaht genau zu coaptiren und bei der Durchtränkung mit den Scheidenflüssigkeiten einfach, sicher und total zu heilen.

Ich habe deshalb geglaubt, zwar eine kleine, aber in ihrem Resultat erheblich gefundene Verbesserung einzuführen, indem ich vor der Schliessung der nach bestimmten und scharfen Regeln angelegten Totalnaht die ungeheuer klaffende und den Damm (in der Rückenlage) von vorn nach hinten penetrirende Wunde (Fig. I. *a*.) in eine nicht penetrirende, leicht zu coaptirende und leicht p. prim. reunionem zu heilende kleinere Wunde durch eine durch die Schleimhautränder der Wunde geführte innere Naht (Fig. 2. x) vereinigte, ehe die Totalnaht geschlossen wurde. Es ist mir die Heilung der auf diese Weise ausgeführten Nähte bis jetzt nie mislungen in einer Statistik von 12—14 Fällen, und hat die Naht auf diese Weise in der Regel den genügendsten Einfluss auf die Reposition der innern Beckeneingeweide geübt.

Ich bin veranlasst zu bemerken, dass ich bei der Einführung dieser Idee unter keinem Einfluss, als dem meiner eigenen Beobachtung gestanden habe. Da es aber bei diesen Untersuchungen vorläufig gar nicht darauf ankommt, welche glänzenden Resultate ich selbst durch die Art und Weise der

Ausführung gewonnen habe, oder welchen glänzenden Antheil ich an künftigen Resultaten haben kann, sondern blos darauf, Ihnen die Möglichkeit eines glücklichen Resultats so anschaulich zu machen, dass die halb vergessene und in Misachtung gerathene Episiorraphie von Ihnen wieder in Angriff genommen und der Operativchirurgie erhalten werde — so werde ich deshalb auf einige Anfechtungen, die ich von einer Seite her erfahren habe, hier gar keine Rücksicht nehmen. Dieselben sind noch zur Zeit Gegenstand einer privaten Polemik, und wer sich dafür interessirt, wird die Thatsachen sonnenklar kennen lernen.

Die Wirkung einer so ausgeführten Episiorraphie, oder wenn man will, Episio-Elythrorraphie ist zunächst die Herstellung eines soliden Dammes und Scheideneinganges, das Hinaufdrängen der Beckeneingeweide und besonders des Uterus in seine natürliche Lage, die secundäre Wiedergewinnung der Elasticität der Bänder und zelligen Verbindungen des Uterus und die Verminderung der Hypertrophie dieses Organs durch Aufhebung der reizenden und schnürenden Einflüsse, die es ausserhalb des Beckens erfahren muss. Es bleibt also nur übrig, für die nächste Zeit nach der Heilung ein Regimen einzuleiten, wodurch unnöthige und übertriebene geschlechtliche Berührung und Alles vermieden wird, was die Eingeweide gewaltsam in das kleine Becken hineintreibt, damit die Mutterbänder erstarken und eine dauernde Heilung des Vorfalls als gewöhnliches Resultat erreicht werden können. Die Zufälle der Operation sind wenig bedeutend.

Sie sehen wohl, dass die leitende Idee dieser Art von Naht die ist, eine penetrirende Wunde einer offenen Höhle oder eines Canals in eine nicht penetrirende zu verwandeln, ehe sie definitiv geschlossen wird. Die nothwendige Bedingung scheint zu sein, dass die Höhle oder der Canal, in welchem sie angelegt wird, einen Ausgang nach aussen habe, der das Abspülen der Fäden gestattet, und dann, dass die innere Naht nicht breiter angelegt werde, als ihr temporärer Zweck erheischt, um ohne Beleidigung der Wunde von der Natur abgestossen werden zu können.

Beachten Sie dies, so können Sie diese Naht auf die gewöhnliche Dammnaht, die Mastdarmscheidenfistel, die Blasenscheidenfistel, den hohen Steinschnitt, die Lippennaht bei Krebs

und Hasenscharte anwenden, wie ich theilweis wenigstens mit dem besten Erfolge thue.*)

Herr Hofrath Dr. *Schneemann* aus Hannover fragt den Redner, ob die von ihm operirten Fälle alle solche gewesen, welche nothwendig zu einem blutigen Eingriff aufforderten, und ob bei ihnen nicht palliative Mittel, besonders der Hysterophor von *Zwanck* versucht wären. Denn die Operation müsse die letzte Zuflucht bilden, zumal auch sie nicht in allen Fällen eine Radikalheilung herbeiführe.

Dr. *Küchler* bemerkt hierauf, dass er sich zu der Operation durch die Lage seiner Kranken gedrängt fühlte. Dieselben gehörten alle der arbeitenden Klasse an, und bei solchen halte er eine palliative Hülfe nicht für zureichend.

Dr. *Spiegelberg* kann in letztere Ansicht nicht einstimmen; auch ihm ist eine grosse Anzahl von Uterusvorfällen vorgekommen, die alle, wie dies gewöhnlich der Fall, den armen Theil der weiblichen Bevölkerung beträfe. Er hat immer das *Zwanck*'sche Instrument, wenn nur ein passendes ausgesucht war, für äusserst nützlich gefunden. Die betreffenden Kranken waren so gut wie radikal geheilt, da sie alle Arbeit verrichten konnten, ohne dass beim Tragen des Hysterophors der Prolapsus sich wieder einstellte.

Herr Professor Dr. *Credé* aus Leipzig bemerkt in Bezug auf Dr. *Küchler's* Naht, dass ihm der herzförmige Schnitt überflüssig erscheine, so lobenswerth auch eine besondere Schleimhautnaht sein mag; denn er hat nie beobachtet, dass eine Kerbe nach der Vernarbung bei der gewöhnlichen Schnittführung entstehe. —

Herr Privatdoc. Dr. *Breslau* aus München theilt im Anschluss an *Küchler's* Vortrag seine

„neue Methode der Epi[illegible]orraphie“ mit.

Bei Gelegenheit eines Falles, in welchem es sich darum handelte, wegen einer grossen, nicht verschliessbaren Blasen-

---

*) Erklärung der Figuren:

Fig. 1 *a*. Die angefrischte Wunde der grossen Lippen bis tief in die Scheide. Bei *o* findet man die Stellen für die Schleimhautnaht; bei *c* die Ausgangspunkte der Totalnaht. — Fig. 2 zeigt den Moment, wo die Schleimhautnaht geschlossen ist, und die Totalnahtfäden noch herabhängen.

scheidenfistel durch gänzliche Obliteration der äusseren Genitalöffnung mit Ausnahme der Urethra eine Continenz des Urins wieder herzustellen, habe ich dem gütigen Rathe des eben damals in München anwesenden Prof. *C. Thiersch* aus Erlangen folgend, eine bisher nicht übliche Methode von Episiorraphie in Anwendung gebracht, welche sich mit einer geringen*) Modification mehr zu einer theilweisen Verschliessung der Vulva und der untern Partie der Vagina, als zu einer gänzlichen zu eignen scheint, indem es mir trotz einer 3maligen Operation an demselben Individuum nicht gelungen ist, eine kleine Fistel hinter der Harnröhre, also eine zwischen Blase und Vulva bestehende Communication zur Heilung zu bringen. Wenngleich es mir bisher an Gelegenheit fehlte, die Ihnen, meine Herren, vorzuschlagende Methode der Episiorraphie gegen Vorfall der hintern Wand der Vagina und des Uterus thatsächlich zu erproben, so erlaube ich mir doch, sie Ihnen für vorkommende Fälle zu gefälliger Beachtung anzuempfehlen, weil ich aus theoretischen Gründen sie nicht für ganz werthlos halte. Die bisherigen Erfolge der Episiorraphie sind grossentheils an der verhältnissmässigen Dünne und der dadurch bedingten Dehnungsfähigkeit und Nachgiebigkeit der Narbe gescheitert. Je dicker und straffer dieselbe ist, desto kräftigeren Widerstand wird sie dem immerfort von oben dagegen andrängenden Uterus leisten. Durch die zu beschreibende Schnittführung mit darauf folgender doppelter Naht wird man indess eine widerstandsfähige Vereinigung des hintern Theils der Schamlippen und der seitlichen Scheidenwände erhalten können.

Man bringt die zu Operirende in die Steinschnittlage, lässt die Schamlippen durch die Hände der Assistenten von einander entfernen und durchschneidet dann, sei es rechts oder links, in einer beliebigen nach dem individuellen Falle sich richtenden Höhe aussen an der Umschlagsstelle der Schleimhaut zur äussern Haut beginnend, grosse und kleine Schamlippen bis in den Scheideneingang ungefähr in querer

*) Die queren Schnitte sind bei der Episiorraphie gegen Prolapsus tiefer zu führen, als bei der zur gänzlichen Obliteration geübten.

Richtung und in solcher Tiefe, dass man bis auf die untern Lagen des submucösen Bindegewebes dringt. Man setzt hierauf diesen Schnitt in der Richtung gegen den Anus und im Scheideneingang verlaufend, rechtwinklig bis zur hintern Commissur der Schamlippen oder, wenn diese fehlt, bis an die vom Damme noch übrige Brücke fort, und kann hier den Schnitt wieder nach aussen je nach Bedürfniss weit verlängern. Auf der andern Seite geschieht ganz dasselbe, indem man oben beginnt. Man richtet einen Schnitt auch gegen den Anus hin, so dass er mit dem auf der andern Seite convergirt, und unten, d. h. in der Gegend der hintern Commissur zusammenstösst, worauf man dann noch einen von hier auslaufenden queren, wie zuvor, machen kann. — Der 2. Act der Operation besteht in der Präparirung zweier durch die genannte Schnittführung zu gewinnender Lappen, die man nach aussen wie geschlossene Läden eines Fensters zurückschlägt, ohne sie an ihrer äussern Anheftungsstelle abzuschneiden. Hierin liegt das Wesentliche dieser Operationsmethode, worin sie sich von den bisher gebräuchlichen auszeichnet, dass man die durch die Anfrischung erhaltenen Lappen nicht als etwas Unbrauchbares abschneidet, wie dies z. B. bei einer ganz ähnlichen Schnittführung *Baker Brown* thut (s. dessen Werk: „on some diseases of women admitting of surgical treatment" p. 74), sondern dass man sie erhält und verwerthet. — Der 3. Act der Operation besteht nun darin, dass man die runden Flächen der Schamlippen und die zurückgeschlagenen Lappen gegen einander bringt, in der Tiefe derselben Fäden durchsticht, um sie nach aussen an Zapfen zu befestigen, und dass man die schnabelförmig sich an einander legenden äussern wunden Ränder durch Knopfnähte mit einander vereinigt. Man erhält hierdurch zwei sich einander berührende wunde Flächen die doppelt so breit sind, als wenn man die Lappen nach der Anfrischung nach aussen abgeschnitten hätte, und folglich, vorausgesetzt dass die Verwachsung gelingt (was bei Theilen, die so leicht zu Oedemen und gangränösen Zerstörungen geneigt sind, immer problematisch bleibt), eine dicke feste Brücke, eine Art neuen Damm und erreicht hiermit Alles, was man überhaupt von der

Episiorraphie als von einem Mittel zu erwarten berechtigt ist, welches in der Regel keine radikale Heilung des Uterus- und Scheidenvorfalls, sondern nur eine Besserung dieses qualvollen Zustandes zur Folge hat, indem die früher vorgefallenen allen möglichen äussern Beschädigungen ausgesetzten Theile nur wie durch ein gutes Pessarium geschützt und zurückgehalten werden. Es versteht sich von selbst, dass man während der Operation die Blutung zu stillen und abzuwarten hat, dass man die Nähte nicht zu fest anlegen darf, dass man die Nachbehandlung gehörig leite. Alles das richtet sich nach den bekannten Regeln der plastischen Operationslehre. Schliesslich will ich mich von vorn herein gegen den Vorwurf verwahren, als ob ich etwas noch nicht Erprobtes anpreise. Ich thue dies nicht, sondern überlasse es der Zukunft darüber zu richten. *)

Hofrath *Schneemann*, an *Breslau's* Vortrag über die Dammnaht anknüpfend, schlägt das Dammschutzverfahren und die Behandlung der Dammrisse zur Besprechung vor. Er hebt hervor, wie ihm in früherer Zeit viel mehr Dammrisse vorgekommen, als in seiner spätern Praxis, und glaubt die günstigeren Resultate letzterer der mit der Zeit erlangten grössern Vorsicht und Ruhe zuschreiben zu müssen, besonders aber dem Umstande, dass er in Folge davon gegenwärtig viel weniger zur Zange greife, als früher, sondern selbst solche Fälle, wo die Natur ihre Dienste zu versagen scheine, ihr doch noch überlasse, und das mit glücklichem Erfolge.

Der Vorsitzende, Hr. Prof. *Litzmann*, hält indess nicht das seltnere Anlegen der Zange, sondern nur die grössere Ruhe und Vorsicht für die Ursache des seltneren Eintretens von Rissen. Die Zange gehörig gebraucht, und besonders dem Baue des Beckenkanals gemäss geführt, könne keinen Dammriss veranlassen; trete ein solcher ein, so hätte er auch ohne Zangenanlegung stattgefunden. Im Gegentheil sei in manchen Fällen die erwähnte Operation ein vorzügliches Mittel, Zerreissungen der äussern Genitalien zu verhüten.

*) Fig. 3 zeigt schematisch die Schnittführung mit Punkten bezeichnet; Fig. 4 das Aussehen der Theile nach vollendeter Naht, von der Seite gesehen.

Hofr. *Schneemann* erklärt nun weiter, dass er frühe Operation eines Dammrisses trotz der eingewandten Nachtheile für das beste Verfahren halte, welcher Ansicht, da sie ja auf Erfahrung basire, Med.-Rath Dr. *Friedlieb* vollkommen beistimmt.

Hr. Privatdoc. Dr. *Germann* aus Leipzig hebt noch besonders hervor, dass ihm die Anlegung nur einer Naht, nämlich eines Fadens, gewöhnlich vollkommen ausreichend gewesen sei; es sei dies gewiss das schonendste Verfahren für die Frau, und wenn es gleich nach der Geburt geschähe, auch vollkommen seinem Zweck entsprechend. —

Hr. Dr. *Davidson* aus Breslau macht bei Gelegenheit der vorstehenden Debatten die Bemerkung, wie schnell in den äussern Genitalien und im Zellgewebe des Beckens überhaupt, besonders nach Verletzungen der ersteren, sich Oedeme und Exsudate ausbildeten. Es sei ihm oft vorgekommen, dass er bei der ersten Untersuchung Nichts Derartiges gefunden, und wenn er einige Stunden nachher dieselbe wiederholt habe, an den hintern oder den seitlichen Beckenwänden einen mehr weniger grossen elastischen Tumor angetroffen habe, der ebenso schnell, oft ohne alles Zuthun der Kunst, verschwunden sei. Gleiches habe er auch hin und wieder im nicht puerperalen Zustande, besonders zur Catamenialzeit beobachtet. Er glaubt, dass diese rasche Entstehung von Exsudationen, so wie ihr rasches Schwinden in einer besondern Eigenschaft des Beckenzellgewebes seine Ursache haben müsse.

Spiegelberg kann in jenem Umstande keine Eigenthümlichkeit erkennen. Solche Exsudationen entstehen auch an andern Stellen wo, wie im Becken ein weitmaschiges Zellgewebe sich finde, wo der Rückfluss des Venenblutes durch die entfernte Lage vom Centrum des Kreislaufs, durch Fascien und Muskeln mehr oder weniger gehemmt sei, und wo die Venen und Lymphgefässe so starke weitmaschige Netze bilden, wie um die Scheide, Blase und den Mastdarm herum. Im Uebrigen sei die Beobachtung des Dr. *Davidson* gewiss richtig.

Dem stimmen auch die Herren Prof. *Litzmann*, *Credé* und Dr. *Breslau* bei, und hebt der Vorsitzende noch hervor,

wie viel häufiger man die genannte Erscheinung antreffen würde, wenn man bei den verschiedenen Beschwerden der Frauen im Puerperium und zur Menstrualperiode häufiger untersuchen würde.

Zweite Sitzung am 21. September.

Der Vorsitzende, Herr Geh. Med.-Rath Dr. *Kilian*, eröffnete die Verhandlungen mit der Mittheilung, dass ihm vom Dr. *Seutin* (chirurgien en chef) zu Brüssel brieflich der Wunsch ausgesprochen sei, dessen „neue" Methode zur Stillung von Uterinblutungen in der letzten Geburtsperiode in der Section zur Discussion zu bringen. Dr. *Seutin* sei überzeugt, dass in seiner Methode, nämlich in der Compression der Aorta abdominalis, ein unfehlbares Mittel gegeben sei, jener Blutungen Herr zu werden, und dass dieselbe ebenso leicht auszuführen, und deshalb vom grössten praktischen Werthe sei.

Hofrath *Schneemann* bemerkt zunächst, dass dieses Mittel durchaus kein neues, sondern ein sehr altes sei, das schon von *R. Lee* in seinem Buche über die Krankheiten der Wöchnerinnen (übers. von *Schneemann*), und vor ihm von vielen Andern empfohlen und gewürdigt sei. Im Uebrigen halte er es durchaus nicht für ein Gebärmutterblutungen stillendes Mittel, wie ihn lange Erfahrungen gezeigt; höchstens bewirkt das Aufsuchen der Aorta durch Berührung der Uterinwandungen Contractionen derselben und somit Blutstillung. Auf der andern Seite können aber, wie dies *R. Lee* hervorgehoben, die Blutungen nach der Compression noch stärker werden. Diese Methode des Dr. *Seutin* sei deshalb zu verwerfen.

Spiegelberg erklärt die Aortencompression für vollkommen unnütz aus physiologischen und practischen Gründen und deshalb für werthlos. Er deducirt, wie folgt:

Die erste Frage, die man sich bei dem in Rede stehenden Vorschlage zu beantworten hat, ist die: Kann die Compression der Aorta Uterinblutungen stillen, und im Bejahungsfalle, wodurch bringt sie dies zu Wege? Den ersten Theil dieser Frage muss ich bejahen, wie mich vielfache Versuche gelehrt. Man denkt nun gewöhnlich in

Bezug auf den zweiten Theil der Frage, dass die Blutung sistire, weil nach Compression der zuführenden Arterien kein Blut mehr zum Uterus dringen könne. Allerdings ist dies der Fall, nur muss man sich nicht denken, dass die Blutung aufhöre, weil Nichts da ist, was ausfliessen kann. Der Grund ist nämlich ein ganz anderer. In dem Augenblicke, wo die arterielle Zufuhr dem Uterus abgeschnitten wird, ziehen sich seine Muskelfasern zusammen, das ganze Organ verkleinert sich, und dass dessen Contraction die Blutung stillt, ist bekannt. Ich habe mich von diesem anscheinend auffallenden Resultate sehr häufig an trächtigen und nicht trächtigen Thieren überzeugt (Man vergleiche „Zeitschrift für rationelle Medicin. Neue Folge. 1857. Bd. II") und denselben Erfolg von einfacher Compression, wie von Unterbindung der Aorta abdom., da wo sie aus dem Zwerchfell tritt, gesehen. Ich muss deshalb behaupten, dass allerdings die Compression der Aorta die Uterinblutungen stillen kann und stillt, weil sie energische Contractionen des Organs erregt. — Von dieser Seite aus wäre also der Methode nichts einzuwerfen. Aber der hinkende Bote kommt nach. Denn es genügt zur Stillung von Uterinblutungen eine kurz dauernde Contraction nicht; sie muss, soll sie ihren Zweck erreichen, eine anhaltende sein. Das ist sie nun, wie ich mich experimentell wenigstens überzeugt habe, nicht, wenn die Compression keine andauernde ist. Sowie das Lumen der Arterie frei wird, dehnt sich der Uterus wieder aus. Nun kann man aber am lebenden Weibe die Aorta nicht so anhaltend comprimiren, als zur Erzielung von andauernden Uterincontractionen noth ist, und dadurch verliert der praktische Werth der in Rede stehenden Methode.

Er verliert noch mehr, wenn man bedenkt, dass man die Aorta einer lebenden Frau, selbst gleich nach der Geburt, doch nicht so vollkommen comprimiren kann durch die Bauchdecken hindurch, wie an einem Thiere, dem die Unterleibshöhle geöffnet ist. Es ist als gewiss anzunehmen, dass noch immer etwas Blut durch die Arterie hindurch geht, wenn man auch noch so sicher die Compression mit der Hand auszuführen glaubt.

Dazu kommt nun als dritter Einwurf hinzu, dass man

die Aorta doch nicht, wie ich es bei Thieren gethan, unterhalb des Zwerchfells verschliessen kann, dass dies beim Weibe wohl immer nur unterhalb der Abgangsstellen der grossen Gefässe des Darmes, und auch wohl der A. renalis und spermatica, möglich ist. Der Uterus bekommt alsdann von diesen Gefässen noch Blut genug.

Einen vierten Einwurf finde ich nun schliesslich darin, dass man bei der gedachten Compression zugleich die Vena cava inf. mit verschliessen wird, da es wohl nicht einzusehen ist, wie man bei der Nachbarschaft dieser und der Aorta so etwas vermeiden will. Nun haben mich aber meine Versuche und Beobachtungen gelehrt, dass in einem solchen Falle die erwähnte und erwünschte Uterincontraction ausbleibt. Das Organ strotzt von Blut und erscheint ganz schlaff. Es ist auch a priori einzusehen, dass wenn man die Cava schliesst und dem Blute den Rückfluss aus dem Uterus abschneidet, dessen Gefässe stark gefüllt werden und, da ihre Lumina nach der Geburt geöffnet sind, viel von ihrem Inhalt verlieren müssen. Darin wohl findet die von *Lee* gemachte und von *Schneemann* hier erwähnte Beobachtung der Verstärkung des Blutflusses nach der Compression ihre Erklärung.

Ich resumire schliesslich meine Deduction dahin, dass die Compression der Aorta abdominalis durch Hervorrufung von Contractionen des Uterus Blutungen aus letzterem stillen wird, dass also der *Seutin*'sche Vorschlag physiologisch begründet ist. Soll aber die Contraction eine anhaltende und ausgiebige sein, (und das muss sie, falls die Blutung nicht fortdauern oder wieder kehren soll), so muss die Compression der Aorta 1) eine anhaltende, wenigstens eine länger andauernde, 2) eine vollkommene, 3) am rechten Orte d. h. über dem Abgang der Gefässe für die Unterleibsorgane, angebracht sein, und 4) darf sie nicht zugleich die Vena cava inf. treffen. Da nun diesen Bedingungen am lebenden Weibe praktisch nicht genügt werden kann, so fallen damit auch die physiologisch für das Verfahren sprechenden Gründe. Mit kurzen Worten: weil eine genügende Compression nicht ausführbar, hat ihre etwa vermuthete Wirkung auf den Uterus

auch keine physiologische Basis, wird sogar gleich Null.

Wenn man hin und wieder nach Compressionsversuchen Contraction des Uterus eintreten sieht, so ist, wie Hr. Hofr. *Schneemann* schon bemerkte, daran die stattfindende Reibung und vielfache Berührung der Gebärmutter wohl hauptsächlich Schuld.

Indem *Kilian* sich den gemachten Bemerkungen des Vorredners vollkommen anschliesst, macht er darauf aufmerksam, wie mangelhaft bis jetzt noch immer alle Beschreibungen und Darstellungen der feineren Circulationsverhältnisse in der Abdominalhöhle, und besonders derjenigen des Gebärorgans und seiner Adnexa seien. Er ist ganz der Ansicht, dass die gewichtigsten Gründe, welche dem von *Seutin* wieder gemachten Vorschlage entgegenstehen, anatomische sind, indem wegen der vielen Anastomosen zwischen den verschiedenen Aesten der Aorta und Cava es gar nicht möglich sei, den Blutstrom vollkommen vom Uterus abzuschliessen, wenn man nicht die Aorta da, wo sie eben in die Unterleibshöhle tritt, comprimirt. Im Uebrigen stehen der Methode auch viele bekannte praktische Gründe entgegen.

Mit der Bemerkung des Dr. *Davidson*, dass *Seutin's* Compressionsmethode deshalb schon unpraktisch sei, weil man ausser seinen eigenen Händen noch eine fremde zu ihrer Ausführung brauche, schliesst diese Debatte, die somit ein einstimmiges Verwerfen der von *Seutin* so angepriesenen Blutstillungsmethode zum Ergebniss hatte. —

Es folgte hierauf der Vortrag des Dr. *Spiegelberg*: über die Chloroformanästhesie während der Geburt.

Es kann nicht meine Absicht sein, Ihnen, meine Herren, hier die Vortheile und möglichen Nachtheile der Chloroformirung während der Geburt auseinander zu setzen. Sie sind Alle hinlänglich mit dem Thema bekannt, und die Zeit ist vorüber, wo blosses Vorurtheil hinreichte, ein Verfahren in die Acht zu erklären, das in seinen Erfolgen nach meiner Ansicht vom grössten Segen ist. Indess die Entscheidung hierüber lautet noch immer nicht überall gleich; die Einen, und wie ich hoffe die Mehrzahl sind für, die Andern gegen die Methode. Ich sehe von einer Anzahl Entgegnungen ab, die zu beachten

kaum die Mühe lohnt, sondern habe besonders die 2 Haupteinwürfe im Auge, welche am meisten Gewicht, wenn bestätigt, in die Wagschale werfen würden — ich meine den, dass Chloroform die Uterinthätigkeit schwäche oder gar aufhebe, und den, dass es andere nachtheilige Folgen für die Mutter nach sich ziehe. Auf diese beiden Behauptungen erlaube ich mir, Ihre Aufmerksamkeit für einen Augenblick zu lenken.

Verlangsamt, schwächt oder beseitigt gar Chloroform die Wehen? Ich muss dies entschieden verneinen, denn sowohl Physiologie, wie die Erfahrung der Praxis sprechen dagegen. — Sie wissen, dass das Chloroform zunächst und überall nur seine Wirkung auf das Nervensystem äussert; zuerst auf das Gehirn, dann das Rückenmark und die sogen. Reflexthätigkeit und zuletzt auf die Medull. oblong. und das sogen. sympathische System, auf die unwillkührlich sich bewegenden Organe. Unter diesen werden indess nach meinen Beobachtungen Darm und Uterus gar nicht influirt, höchstens nur auf indirectem Wege. Ihre Bewegungen zeigen sich noch im höchsten Grade der Narkose, wo das Leben nur noch an einem Faden hängt; allerdings erscheinen sie geschwächt, weil die Thätigkeit ihres Nervencentrum, des Rückenmarks, aufgehoben ist, aber nur kurze Zeit hindurch. Alsbald werden sie stärker und gehen regelmässig fort, wie ich dies im Darm und Uterus trächtiger, tief narkotisirter Thiere oft gesehen. Es kann uns das auch nicht wundern, denn die Bewegung dieser Organe scheint in gewissem Grade ganz unabhängig vom Nervensystem zu sein, dagegen vom Blute aus bedingt zu werden. Statt weiterer Auseinandersetzungen, für die hier nicht der Platz ist, nur noch die Frage: Wie würde man über die Bewegung des Uterus experimentelle Untersuchungen unter dem höchsten Grade der Narkose anstellen können, wenn Aether und Chloroform seine Thätigkeit aufhöben?

So wenig demnach von physiologischer Seite her jener Einwurf der Wehensuspendirung begründet ist, so wenig durch die Erfahrungen aus der Praxis. Niemand, der das Anästheticum richtig angewandt und mit Ruhe beobachtet hat, hat einen solchen Erfolg gesehen. Wie wäre dies auch möglich, da zur Beseitigung des Wehenschmerzes so geringe Dosen ausreichen? Allerdings, und das

gebe ich zu, erscheinen die Wehen, wenn man die Narkose bis zur vollständigen Aufhebung der Sensibilität und willkührlichen Motilität führt, momentan etwas seltener und schwächer, weil die Reizempfänglichkeit des Nervensystems und viele andere Erregungsmomente der Uterincontractionen beseitigt sind. Aber letztere kehren nach mehreren Minuten ganz regelmässig wieder. Wer indess so lange zu warten nicht Geduld hat, für den allerdings ergiebt sich das Resultat der Wehenschwächung. Er entzieht der Anästhesirten das Chloroform, weckt sie gewaltsam auf, und hat nun die Erfahrung gemacht, dass Chloroform die Wehen aufhebe oder schwäche. Ich muss hier bemerken, dass leider manche Geburtshelfer den Grad der Wehenthätigkeit aus den Klagen und den Bewegungen der Kreissenden beurtheilen; und da diese verschwinden, so glauben sie auch die Wehen verschwunden oder wenigstens sehr schwach. Gegen eine solche Beobachtungsmethode habe ich keine Gründe.

Dass die willkührliche Thätigkeit der Bauchpresse schwinde, gestehe ich zu; aber nicht die unwillkührliche derselben, welche allein nothwendig ist; wenigstens kann jeder Fall dies täglich zeigen. — Die richtig angestellte Beobachtung spricht demnach nicht für den gemachten Einwurf.

Noch weniger aber lässt sich der andere von mir angedeutete halten, dass nämlich nachtheilige Folgen der Mutter aus der künstlichen Anästhesie entspringen. Es werden allerdings unglücklich verlaufene Geburten nach dem Chloroformgebrauch diesem oft genug zugeschrieben, und der grosse Haufe stimmt gern in solche Lieder ein; ist es mir doch selbst begegnet, und zu meinem Nachtheile, bei einer Frau, welche ich nach einer schweren Entbindung, bei der ich Chloroform in ausgiebigem Masse angewandt, an bösartigem Puerperalfieber verlor. Aber nun zeigt sich dem unbefangenen Sinne gerade das Gegentheil von einer solchen Chloroformwirkung, und die Praxis der Freunde des Mittels hat hinlänglich günstigere Resultate, als die seiner Feinde aufzuweisen. — Den Vorwurf der grössern Neigung zu Nachgeburtsblutungen weise ich mit denselben Gründen, wie den der Wehensuspendirung zurück. Ein Todesfall hat sich durch die geburtshülfliche Anästhesie glücklicherweise noch nicht

ereignet. In dieser Hinsicht scheint dieselbe vor der chirurgischen sehr bevorzugt zu sein, und wenn es mir erlaubt ist, einen Grund dafür anzugeben, der allerdings nur eine Hypothese ist, so halte ich dafür folgendes: die Todesfälle durch Chloroform gehen alle von der Medull. oblong., vom Herzen aus; nun haben wir aber durch *Martin* und *Maurer* erfahren, dass mit den Wehen die Herzthätigkeit steige und falle. Es scheint mir demnach nicht unmöglich, dass durch jede Wehe die Med. obl. und das Herz von Neuem zu stärkerer Thätigkeit angeregt und so Asphyxie und Syncope verhütet worden.

So sprechen also Theorie und Praxis gegen jene Einwürfe. Und ich sehe deshalb keinen Grund, warum ein so segensreiches Mittel nicht allgemeiner anzuwenden. Ich halte es für erlaubt in ganz normalen Fällen, obgleich nicht nothwendig und schreite nur auf Wunsch der Kreissenden selbst dazu. Dagegen erachte ich die Anästhesie in passenden abnormen Fällen, und besonders in operativen für dringend indicirt, wenn ihr nicht andere, der Sache selbst fremde Umstände entgegentreten. Gewiss hat keine Neuerung in der Praxis von so bedeutender Tragweite einen so schnellen Erfolg gehabt und so schnell günstige Aufnahme gefunden, wie der geburtshülfliche Gebrauch des Chloroforms. Es hat auch viele Entgegnungen hervorgerufen und nicht wenigen Antheil daran hat der mit dem Mittel getriebene Missbrauch, die falsche Anwendungsweise gehabt. Deshalb will ich zum Schluss noch bemerken, dass ich für die Bedingungen eines guten Erfolges halte, 1) dass vollkommene Ruhe um die Kreissende fortwährend herrsche; 2) dass man sie gleich in eine ziemlich tiefe Anästhesie versetze (denn beide Bedingungen verhüten, wenn erfüllt, den Eintritt eines Aufregungsstadium); 3) dass man alsdann nur während der Wehen inhaliren lasse, und nur in solchem Grade, als zur Beseitigung des Schmerzes nothwendig ist; und 4) dass man den einfachsten Apparat zur Inhalation wähle, nämlich ein einfach oder konisch gefaltetes Taschentuch.

Herr *Schneemann* erklärt, dass er, obgleich den so eben angebrachten Ansichten ganz beipflichtend, doch von dem häufigen Chloroformiren zurückgekommen sei, und zwar besonders in gewöhnlichen Geburtsfällen, weil er keine Gründe für die Narkotisirung vorhanden sehe, weil er oft üble Nach-

wirkungen und besonders Störungen des Nachgeburtsgeschäftes beobachtet, und weil die Einleitung einer zweckmässigen Anästhesie schwierig und zeitraubend sei, wenn man keine Assistenz um sich habe.

Herr Dr. *Birnbaum* aus Trier hat dagegen weder diese, noch überhaupt andere Nachtheile von der Chloroformirung gesehen. Er wendet das Mittel in operativen Fällen vielfach, und auch in dynamischen Störungen an, aber nur in solchen, die von einem erhöhten Erregungszustande des Nervensystems abzuhängen scheinen.

Breslau verwirft die Verabreichung des Chloroforms mittels eines Taschentuches, weil bei langer Anwendung auf diese Art zu viel verbraucht, das Zimmer zu sehr mit Chloroformdunst geschwängert wird. Er nimmt gewöhnlich Cautschoukbeutel, der einen mit Chloroform getränkten Schwamm enthält und Nichts entweichen lässt.

Birnbaum verwirft alle solche Hülfsmittel, denn das Verdampfen des Chloroforms könne man durch Zusammenfalten des Tuches und durch Aufmerksamkeit verhüten.

Spiegelberg: Obgleich zugegeben werden muss, dass man mit einem Taschentuche mehr Chloroform als auf jede andere Anwendungsweise verbraucht, so verdient es doch den Vorzug. Hinsichtlich des Verdampfens hat Herr *Birnbaum* schon die passende Antwort gegeben; ein Hauptnachtheil eines Cautschoukbeutels oder Inhalor's ist aber, dass man damit dem Gesichte der zu Anästhesirenden nicht folgen kann, wie mit einem Taschentuche; und wie sich die Kreissenden durch Hin- und Herbewegen des Kopfes den Inhalationen oft zu entziehen suchen, ist bekannt. Dann haben alle diese Apparate etwas Unappetitliches, so wie man sie bei mehreren Individuen gebraucht, und es ist umständlich, sie immer mit sich zu führen. Vor Allem aber haben sie den Nachtheil, dass sie wenigstens den Mund (wenn nicht auch noch die Nase) der Kreissenden bedecken müssen, was entschieden gefährlich ist, während man dies mit einem Taschentuche nicht nöthig hat.

Kilian: In normalen Fällen wende ich das Chloroform nur bei sehr unruhigen und empfindlichen Personen, besonders im letzten Geburtsstadium an, wenn der Damm durch die

Unruhe in Gefahr kommt. In operativen Fällen, ausgenommen den Kaiserschnitt, wo Erschlaffung des verletzten Uterus und Blutung zu fürchten — und auch bei dynamischen Störungen mache ich gegenwärtig einen ziemlich ausgedehnten Gebrauch von der Anästhesirung. Auch ich führe nur den sogenannten 1. Grad der Narkose herbei, indem ich mit einem Taschentuche die das Gesicht der Kreissenden umgebende Atmosphäre gleichsam mit Chloroform parfümire, und dies während der Wehen wiederhole. Eine Aufhebung der Wehenthätigkeit, Nachgeburtsstörungen habe ich nie davon gesehen.

Dritte Sitzung am 22. September.

Der Vorsitzende, Herr Geh. Rath *Kilian*, hatte diese Sitzung zur Besichtigung seines Instituts und seiner ausgezeichneten Beckensammlung bestimmt. Er demonstrirte eine interessante Reihe von rhachitischen, osteomalacischen Becken und Skeletten; auch die von ihm geschilderten Stachelbecken wurden vorgezeigt. Diese Demonstration hatte um so mehr Werth, als der Vortragende jedem Becken seine Geschichte beifügte. Länger verweilte er sich bei den osteomalacischen Präparaten und hob den Unterschied zwischen Osteomalacie und Rhachitis, von denen die erstere eine wahre Salzberaubung (Halisteresis) ist, treffend hervor. Die Krankheit erreicht in der Schwangerschaft gewöhnlich ihren höchsten Grad, wie das weibliche Becken in der Gravidität überhaupt einen grösseren Säftereichthum und grössere Weichheit der Knochen und ihrer Verbindungen zeigt. Die osteom. Becken werden dann sehr nachgiebig, und scheinen nur aus festem Bindegebe zu bestehen (Osteomalacia cerea). Bisweilen entwickelt sich diese hochgradige Weichheit auch erst während der Wehen, und die Dehnbarkeit des Beckens wird so bedeutend, dass der unbedingt nothwendig erscheinende Kaiserschnitt umgangen und die Frucht auf normalem Wege nach aussen gefördert werden kann. — Ein solches nachgiebiges in Spiritus aufbewahrtes Becken ward der Versammlung vorgezeigt. — Der Redner erwähnte zugleich noch der so mangelhaften diagnostischen Anhaltspunkte zur Erkenntniss wahrer Knochenerweichung der Frauen, die bis jetzt nirgends scharf hervorgehoben sind. Zu den allgemeinen Kennzeichen

der Osteomalacie müsse noch etwas entscheidend Pathognomonisches hinzukommen, um eine feste Diagnose stellen zu können. Dieses Pathognomonische seien aber allein die Veränderungen am Becken, und zwar 1) die grosse und eigenthümliche Schmerzhaftigkeit der Schenkel des Schambogens, wenn man sie mit dem Finger drängt, und der Schamfuge in ihrer ganzen Ausdehnung, wenn man sie von der Vagina aus mit dem hakenförmig gekrümmten Zeigefinger gegen sich anzieht; 2) die bei weiterem Fortschritt der Krankheit unverkennbare Anlage zur Schnabelbildung an der Schamfuge und den Horizontalästen der Schambeine; und 3) im höchsten Grade des Leidens die auch für den Halbgeübten unverkennbare, bekannte eigenthümliche Beckendefiguration.*)

Vierte Sitzung am 23. September.

Herr Dr. *Birnbaum*, Director der Hebammenanstalt zu Trier, sprach

über die Lumbarlordose in geburtshülfl. Beziehung.

Der Redner theilte zunächst folgenden Geburtsfall mit: Die Gebärende zeigte keine abnorme Erscheinung am Becken, ausser einen tiefen äusserlich leicht erkennbaren Eindruck über dem Kreuzbein, einer Lordose der Wirbelsäule, die sehr an Spondylolisthesis erinnerte; die innere Untersuchung ergab die Räumlichkeit der Beckenhöhle als eine normale. — Die Kranke war in ihrer Kindheit hinten über gefallen, in Folge dessen ihr das Gehen allmälig schwer und endlich ganz unmöglich wurde. — Die Wehen waren normal und zwar sehr stark; der Kopf trat im queren Durchmesser in den Beckeneingang, drängte mit seinem nach hinten gerichteten Umfange am Promontorium herab, ward aber über der Symphysis pubis aufgehalten. Trotz der starken Wehen rückte er nicht tiefer, die Geburt ging nicht vorwärts. Ein warmes Bad, Vin. stibiat. mit Opium blieben nach längerem Zuwarten ohne Einfluss. Die Wehen wurden immer stärker und anhaltender, der Kopf

*) Da ich während des Vortrages mit der Besichtigung der Becken, wie die übrigen Anwesenden, beschäftigt war, so kann ich denselben nur in seinen allgemeinen Zügen mittheilen. *Sp.*

rückte nur scheinbar tiefer, indem er seine Stellung änderte, da der Vorderscheitel jetzt tiefer herab kam. Ein Zangenversuch misslang, und da das Kind todt war, so griff *B.* zur Kephalothrypsie, welche in der Seitenlage ausgeführt, das Kind bald zu Tage förderte. Als besondere Todesursache fand sich (was der Redner bei Gesichtslagen mit nach vorn gekehrter Stirn noch 2 Male beobachtet hat) eine Zertrümmerung der Leber mit zahlreichen Ecchymosen auf ihrer Oberfläche.

Der Redner hält diesen Fall für einen Uebergangszustand zur Spondylolisthesis, der gewiss häufiger vorkomme. Ist ein Wirbel nur aus seiner normalen Stellung gebracht, so müssen die übrigen folgen, und das Becken wird ebenso seine Stellung verändern, der Eingang besonders dadurch beschränkt werden. Eine solche Verrückung der Lendenwirbelsäule kann aber in äussern Veranlassungen ihre Ursache haben. Obgleich nun die Lordose für sich allein selten, häufiger in Verbindung mit andern Verkrümmungen ist, so kommt sie doch auch ohne letztere vor.

Als einen Anhaltspunkt für die Erkenntniss geringer Grade von Lordose glaubt der Redner Folgendes anführen zu können: Das Verhältniss zwischen den Abständen der Processus spinosi der einzelnen Lendenwirbel und der Symphysis pubis ist bei normalen Becken immer das gleiche, bei regelwidrigen Becken, besonders solchen mit veränderter Stellung des Kreuzbeins zur Wirbelsäule, ist dagegen die Zunahme der Abstände zwischen Symphyse und den verschiedenen Dornfortsätzen sehr variabel. So war bei der betreffenden Kranken der Abstand vom letzten Dornfortsatz (an der Lendenwirbelsäule) zur Symphyse $6\frac{1}{2}''$; derselbe nahm zum nächsten Wirbel um $\frac{1}{2}''$ zu (betrug nämlich zwischen Proc. spin. vertebr. lumb. quart. und Symphysis pubis $7''$), und von da an (zwischen Dornfortsatz des 3. Wirbels und Symphyse betrug er $9''$) um $2''$. — Diese Verhältnisse kann man messen, dadurch Wirbelsäuleabweichungen erkennen, und wird diese Messung gewiss auch die Erkenntniss mancher anderer Beckenanomalien erleichtern.

Kilian hält die von *Birnbaum* gemachte Mittheilung sehr wichtig. Die Lordose der Lendenwirbel erschwere die Geburt sehr, wie man dies besonders bei rhachitischen Becken

beobachte, welche hauptsächlich durch die Verbiegung der Wirbelsäule den Eintritt des Kopfes so schwierig machten. Steige bei ihnen letztere mehr gerade auf, so wäre dadurch der Geburtsverlauf ein viel rascherer und leichterer.

Herr Sanitätsrath Dr. *Eulenburg* aus Berlin knüpft hieran die Frage, in welchem Alter und an welchen Symptomen man im einzelnen Falle den rhachitischen Process für beendigt ansehen könne — worauf indess Keiner der Anwesenden sich auszulassen einging.

Vortrag des Hrn. Dr. *Sack*, Arzt der Wasserheilanstalt Marienberg bei Boppard

über das Sitzbad bei Frauenkrankheiten.

Seitdem mit der physiologischen Richtung in der Medicin die Lokalbehandlung der Krankheiten mehr in den Vordergrund getreten ist, hat auch das Sitzbad einen weitern Anwendungskreis gewonnen. Besonders aber ist es bei den Frauenkrankheiten fast bis zur Unvermeidlichkeit avancirt. Ob mit Recht oder Unrecht, soll hier nicht weiter untersucht werden (ich werde mich darüber an einem andern Orte aussprechen); es ist nur meine Absicht, die Unzweckmässigkeit und Verwerflichkeit der bisher gebräuchlichen Formen der Sitzwannen bei Frauenkrankheiten hervorzuheben und dafür eine bessere zu substituiren, von deren Zweckmässigkeit sich die geehrten Herren durch den Augenschein selbst überzeugen können.

Die Gynäkologen stimmen alle darin überein, dass bei der grössten Zahl der Uterinleiden alle diejenigen Bewegungen und Positionen zu vermeiden seien, bei welchen das Zwerchfell und die Bauchmuskeln in eine grössere Spannung versetzt werden, weil dadurch die Beckenorgane herabgepresst und die freie Blutcirculation in ihnen gehemmt wird. In diese Categorie der Contraindikationen nimmt meiner Ansicht nach der Gebrauch der bisher üblichen Sitzwannen eine der ersten Stellen ein. Alle unsere Sitzwannen, mögen sie auch nach Form und Material verschieden sein, haben den Uebelstand mit einander gemein, dass man bei ihrem Gebrauche nie auf den flachen Boden sich niedersetzen, dass man während des Badens in gezwungener, kauernder Position verharren muss, und endlich nur mit grosser

Anstrengung sich aus denselben erheben kann. Dass solche Unbequemlichkeiten bei uterinkranken Frauen von der allerentschiedensten üblen Einwirkung sind, bedarf für den Gynäkologen keiner weitern Deduction. Schon bei einer gesunden Frau, wenn man sie während des Sitzbades untersucht, findet man den Damm vorgedrängt, die Vaginalwände vorgeschoben, den Uterus tiefer stehend. Bei weitem mehr treten solche und ähnliche unerwünschte Erscheinungen hervor bei Frauen mit Erschlaffung der Bänder und Muskeln und bei Lagenveränderungen des Uterus: der Descensus wird zum Prolapsus, die Reclinatio zur Retroversio; und bei den entzündlichen und hypertrophischen Zuständen des Gebärorgans, bei Ovarialleiden etc. ist das Herabgeschobensein sämmtlicher Beckenorgane wahrhaftig nicht von gleichgültigem Einflusse.

Es sind dieses Schattenseiten des Sitzbades, welche von manchem Arzte bereits mit Leidwesen bemerkt worden sind; doch da man sie nicht wegzuräumen vermocht, hat man diesen Uebelstand, wie so manchen andern bei Behandlung der Frauenkrankheiten mit in den Kauf genommen, oder das Bad mit sammt der Frau ausgeschüttet, d. h. das Sitzbad ganz weggelassen. — Meine Herren, ich habe mir hier aus der Verlegenheit geholfen durch Construction eines Sitzbades, welchem die genannten Missstände gänzlich abgehen und das ich Ihnen deshalb mit der vollsten Ueberzeugung bestens empfehlen kann.

Es besteht, wie nebenstehende Zeichnung (Fig. 5) veranschaulicht, aus einer Wanne von Zink, welcher man beim Gebrauche 2 verschiedene Positionen giebt. Aufrecht stehend gleicht sie einem Sessel, auf welchem sich die Kranke setzt. Indem nun die Wärterin die Wanne an der Rückenlehne allmälig hinten überlegt (wie man sich durch Wendung der Zeichnung veranschaulichen kann), kommt die zu Badende in eine höchst bequeme, halb liegende Position, ohne einen Muskel in Contraction versetzt zu haben. Das Wasser, welches in einem Behälter *A* unter dem Sitze sich befand, ist dabei durch die Spalte *ff* in das Niveau *m n* getreten und umgiebt die Badende von der Hälfte der Oberschenkel an bis zu den Brustwirbeln (*d d* sind Luftöffnungen). Nach abgelaufener Badezeit richtet die Wärterin die Wanne an der Lehne ohne irgend nennens-

werthe Kraftanstrengung wieder auf und die Kranke verlässt das Bad nicht anders, als stände sie von einem Stuhle auf. Von der Zweckmässigkeit dieser Wanne habe ich mich im Laufe des vergangenen Sommers in der unter meiner Leitung stehenden Anstalt Marienberg fortdauernd überzeugt und zweifle deshalb nicht, dass ich allen denjenigen Collegen, welche sich mit der Behandlung von Frauenkrankeiten beschäftigen, eine willkommne Neuerung biete. — Die Wanne wird zu Boppard a/Rh. für 5 Thaler verfertigt.

Herr *Kilian* spricht sich auch für die Nothwendigkeit von Sitzbädern in der Behandlung von Uterinkrankheiten aus, da sie durch andere Anwendungsweisen von Heilmitteln auf die Scheide und Gebärmutter nicht ersetzt werden könnten. Injectionen reichen nicht aus; etwas mehr erreicht man dadurch, dass man vor den Injectionen einen Charpietampon in die Vagina führe, damit die injicirten Arzneien längere Zeit mit den Genitalien in Berührung bleiben. *Kaufmann's* Methode, mittels Salben die Medicamente an den Uterus zu bringen, passt nur für wenige Fälle. Alle diese Methoden werden von dem Sitzbade übertroffen; ein besonderes Badespeculum aber in die Vagina einzuführen, um das Hervortreten der Flüssigkeit an die Scheidenwände und den Uterus zu ermöglichen, sei vollkommen unnütz und überflüssig, da das Wasser nach bekannten Gesetzen von selbst in die Vagina so hoch als möglich hinaufsteigt. Das Sitzbad erziele ganz die Wirkung einer lange dauernden anhaltenden Injection, und deshalb müsse er *(Kilian) Sack's* Vorrichtung dringend empfehlen.

Den Schluss der Verhandlungen bildete der Vortrag des Herrn Dr. *Breslau* aus München

über das Écrasement linéaire des Cervix uteri.

Seit vielen Jahrhunderten ist es, meine Herren, ein eifriges Bestreben der Chirurgie gewesen, Instrumente zu erfinden, mittels welcher man auf eine unblutige Weise Theile des Körpers und insbesondere Geschwülste zu entfernen, im Stande sein könnte. An der Stelle der mannigfaltigen äusserst langsam wirkenden Unterbindungsapparate sind in neuester Zeit der *Middeldorpf*'sche galvanokaustische Apparat und *Chassaignac's* Écraseur getreten, welche beide in verhältnissmässig

kurzer Zeit gefässhaltige Theile mit geringer oder ohne alle Blutung durchtrennen. Letzteres Instrument hat vor seinem Rivalen den Vorzug der Einfachheit und geringerer Kostspieligkeit, und hat schon deshalb mehr Eingang in die gynäkologische Praxis gefunden. Ausser einer Abtragung einer hypertrophirten Clitoris und einer hypertrophischen Schamlippe habe ich den Ecraseur in 4 Fällen zur Entfernung des Mutterhalses angewandt und will, indem ich mir die ausführliche Beschreibung für später vorbehalte, Ihnen nur ein ganz kurzes Resumé derselben geben und einige Bemerkungen daran knüpfen. Ich habe das Ecrasement des Cervix, resp. der Scheidenportion, 3 Mal wegen Carcinoms und 1 Mal wegen chronischer Hypertrophie und Induration gemacht. Unter den 3 ersteren Fällen waren 2, bei welcher ich beide Lippen ecrasirte; in dem 3. entfernte ich nur die vordere Lippe, weil die hintere bereits so bedeutend zerstört und erweicht war, dass sie, so wie ein grosser Theil des auf die hintere Scheidenwand übergegangenen Epitbelialcarcinoms mit den blossen Fingern weggenommen werden konnte. Zwei der wegen Krebs operirten Frauen befinden sich bis dato vollkommen wohl, ohne dass sich irgend eine Spur eines örtlichen Recidive oder allgemeiner Ausbreitung des Leidens gezeigt. Die eine Beobachtung datirt vom April 1856, die andere vom September desselben Jahres. In dem 3. Falle, der sich eigentlich nicht zu einer Operation eignete, weil man auf keine Weise im Stande gewesen wäre, alles Krankhafte zu entfernen, und in welchem ich nur zur Operation schritt, weil die manuelle Untersuchung wegen der durch sie bedingten sehr heftigen, schwer zu stillenden Blutung ein zweifelhaftes Resultat über die Grenze des Uebels ergab — ist zwar eine momentane entschiedene Besserung, ein Stillstand der Blutungen und des serös-jauchigen Ausflusses erzielt worden; allein gleichwohl lässt sich die Tödtlichkeit des Leidens über kurz oder lang mit Bestimmtheit voraussagen. — Seit der Operation im letzten Falle sind erst zwei Monate verstrichen. — Die wegen Hypertrophie und Induration der Vaginalportion Operirte ist vollkommen genesen und befindet sich zur Zeit (7 Monate nach der Operation) ganz wohl. Ich habe in diesem Falle die P. vagin. ecrasirt, obwohl ich im Allgemeinen die Operation dieses Leidens wegen

nicht für gerechtfertigt halte, weil die Kranke, vom Lande nach München gekommen, ihrer Beschäftigung halber (als Bäuerin) sich keiner lange dauernden Cur unterwerfen konnte. In allen 4 Fällen war die Blutung eine sehr geringe, und ist keine Nachblutung erfolgt. In 2 Fällen ist beim Zuziehen der Ecraseurkette ein Stück der vordern Scheidenwand mitgefasst und abgequetscht worden. Durch diese unwillkührliche Abtragung fiel in dem einen Falle eine Darmschlinge durch das zwischen Blase und Uterus im vorderen Scheidengewölbe entstandene Loch in die Vagina vor; im andern trat dieses fatale Ereigniss nicht ein, indem nur das die hintere Wand der Blase begrenzende Bindegewebe blosgelegt war. Die Vernarbung der verletzten Scheide erfolgte in kurzer Zeit.

Es wäre verfrüht, wollte ich auf die eben kurz erwähnten 4 Fälle Erfahrungssätze bauen; meine Absicht ist nur, einige epikritische Bemerkungen Ihrem Urtheile zu unterwerfen:

1) Die pathologische Anatomie fordert uns auf, die carcinomatös erkrankte Vaginalportion zu exstirpiren, weil *a*) die Degeneration in der grossen Mehrzahl der Fälle am äussern Muttermunde beginnt und von unten nach oben steigt, deshalb durch eine rechtzeitig unternommene Operation in ihrem Fortschreiten zu hemmen ist. *b*) Weil eine allgemeine Infection des Körpers bei Uteruscarcinom verhältnissmässig selten, jedenfalls seltner, als bei Krebs anderer Organe ist; daher man mit mehr Wahrscheinlichkeit eines bleibenden Erfolges ein Carcinom des Uterus exstirpiren kann, als ein solches eines anderen Organs.

2) Der Écraseur ist bei der Exstirpation des an und für sich blutreichen und in pathologischen Fällen durch Erweiterung und Neubildung von Gefässen noch blutreicheren Cervix uteri dem Messer und der Scheere vorzuziehen, weil die Blutung bei dem Écrasement eine äusserst geringe ist und es bei den gewöhnlich durch ihr Leiden an und für sich sehr heruntergekommenen Kranken darauf ankommt, möglichst viel Blut zu sparen.

3) Die Anwendung des Ecraseurs ist bei Carcin. cerv. uteri streng nur dann indicirt, wenn man zwischen dem erkrankten Gewebe und dem Scheidengewölbe eine wenigstens 1‴ breite gesunde Stelle findet.

4) Man muss die Schlinge des Instruments über die kranke Partie, welcher man sich durch Anziehen mittels Haken und Zange zu nähern sucht, hinaufschieben, aber nicht höher, als absolut nothwendig, weil bei dem Zuziehen immer die zunächst angrenzenden Partien von oben herab mit in die Schlinge gezogen werden, wodurch leicht eine Verletzung der benachbarten Organe entstehen kann.

5) Man kann sich in manchen Fällen mit Vortheil eines gebogenen Ecraseurs bedienen. Die convexe Seite desselben kommt aber dann nicht gegen die Kreuzbeinaushöhlung zu sehen, sondern ist der Schambeinverbindung zugekehrt.

6) Die Schwierigkeit der Anlegung des Instruments liegt in dessen mehr oder weniger gestrecktem Verlaufe. Man würde mit grosser Leichtigkeit operiren können, wenn sich ein Ecraseur fabriciren liesse, bei welchem die Schlinge mit dem Stiele einen rechten Winkel bildet.

Herr Professor *Credé* bestätigt die vom Redner gemachten Mittheilungen, indem er die betreffenden Kranken in München selbst gesehen hat. Auch er hat mehrere Kranke mit Uterincarcinom operirt und ist hinsichtlich der lange andauernden Localisirung des Krebses auf den Uterus mit *B.* gleicher Ansicht. Diese Thatsache berechtige deshalb zur Operation. Verletzungen des Peritonäums, wie sie *B.* begegnet und auch ihm selbst vorgekommen, scheinen nicht so gefährlich wie in andern Fällen zu sein, und wie man a priori wohl befürchten könne.

Herr Dr. *Schmidt* aus Petersburg, Gebärhausdirector, hat in seiner Heimath die in Betreff der Lokalisation des Uterincarcinoms und seiner Heilbarkeit mitgetheilten Erfahrungen nicht gemacht; so viel ihm bekannt, verlaufen die dort zahlreich vorkommenden Fälle sehr rasch tödtlich.

Herr *Kilian* bemerkt noch, dass er das Ecrasement in einem sehr festen, wenig nachgiebigen Gewebe nach den von ihm bei Herrn *Chassaignac* gemachten Beobachtungen für sehr schwierig halte — worüber er sich indess kein vollgültiges Urtheil gegenwärtig erlauben wolle.

III.

Erinnerung an eine Abhandlung über künstliche Frühgeburt vom Jahre 1707,

vom

Geheimenrath Dr. **von Ritgen.**

Eine Monographie über künstliche Frühgeburt durch Eröffnung der Eihäute vom Jahre 1707 hat so viel geschichtliches Interesse, dass wir eine Erinnerung an dieselbe für erwünscht halten, zumal die Abhandlung in *Krause's* trefflicher Schrift: „Die künstliche Frühgeburt monographisch dargestellt. Breslau 1855" nicht erwähnt ist. Wir meinen hier die Leipziger Dissertation: „J. N. J. Dissertatio medica de abortu salubri, quam gratiosae facultatis medicae praescitu ventilationi publicae exponet D. *Johannes Bohn*, P. P. respondente *Georgio Christiano Werther*, Lips. med. cult. D. 2. Decembr. MDCCVII. Lipsiae. 4. Typis haeredum Brandeburgerianorum." Die Abhandlung ist sonach vom Professor *Bohn*, und befindet sich auch in dessen: „Circulus anatomico-physiologicus. Lips. 1710. p. 598—618." In No. 182 von 1820 der Jenaischen allgemeinen Literatur-Zeitung S. 27 bemerkten wir bereits Einiges über diese Dissertation.

Der Verf. beginnt mit der Aeusserung, dass die Ansicht, ein Abort könne heilsam sein, paradox und der Rath, einen solchen künstlich zu bewirken, verbrecherisch scheinen möge; es werde sich aber zeigen, wie bei sehr heftigen Gebärmutterblutungen Schwangerer in der künstlichen Frühgeburt mitunter das einzige Rettungsmittel der Mutter und des Kindes, oder wenigstens der ersteren allein, gegeben sei, wenn diese Blutungen von zu früher Lösung des Mutterkuchens herrühren. Er bemerkt, dass er es dahingestellt sein lasse, welchen Nutzen die künstliche Frühgeburt bei im Uterus abgestorbenen Früchten gewähre.

Er sagt, er nehme hier den Begriff der Frühgeburt im weitern Sinne, und befasse unter ihm jede Geburt, welche sich nicht vor dem dritten und nicht mit dem vollendeten

neunten Schwangerschaftsmonate ereignet, möge sie von selbst erfolgen, oder künstlich bewirkt werden. Als Grund, weshalb er die Geburt vor dem 3. Monat von dem gedachten Begriffe ausschliesse, wird angegeben, dass vor dieser Zeit kaum ein Rudiment des Fötus wahrzunehmen sei. Zugleich führt er an, dass man gewöhnlich unter Abort und frühzeitiger Geburt unterscheide, jenachdem die Fruchtausschliessung vor dem 7. Monate, mit Verlust, oder nach dieser Zeit, mit möglicher Erhaltung des Kindes, geschieht.

Man soll den geringen von dem bedeutenden Blutfluss unterscheiden und namentlich den periodischen, welcher nicht selten 3, 4 und selbst mehrere Monate vor der Geburt eintritt, von dem unregelmässigen, sowie den durch innere Reizung entstehenden von dem durch äussere Gewaltthätigkeit bewirkten. Auch soll man beachten, ob nur ein geringer Theil des Mutterkuchens oder ein grösserer gelöst ist und ob die Blutung mit Fieber, Zuckungen und Krampfwehen verbunden ist. Bei den periodischen Blutungen soll man auf die Zeit Rücksicht nehmen, ob diese nämlich den Catamenien entspricht, und ob die Wehen fehlen und der Muttermund unverändert bleibt, das Blut mithin aus den Gefässen der Scheide und nicht aus denen der Gebärmutter fliesst; während bei den unregelmässigen Blutungen das Blut stärker und plötzlicher fliesst, der Muttermund sich weit öffnet und Wehen sich einstellen. Auch soll man bedenken, dass, wenn die periodischen Blutungen auf Vollblütigkeit beruhen, sie sogar wohlthätig sein können, und dass man ihnen durch Aderlass begegnen muss.

Die gewöhnlichen Gelegenheitsursachen der vorzeitigen Trennung des Mutterkuchens werden besprochen, unter ihnen auch angebildete Kürze der Nabelschnur und Umschlingungen derselben um das Kind.

Der Verf. ist der Ansicht, dass Abtrennungen des Mutterkuchens, seien sie auch noch so geringe und bewirken sie auch noch so langsam zunehmende Blutungen, nie wieder verkleben; dass der Abfluss des Fruchtwassers zwar die Blutung bedeutend mindert, indem er die Zusammenziehung der Gebärmutter und der geöffneten Gefässmündungen bis auf einen gewissen Grad möglich macht, dass aber die Blutung nie eher völlig aufhört, bis die Frucht gänzlich ausgeschlossen

ist. Hier muss daher eine entschiedene und den Zuckungen und Ohnmachten rasch begegnende Hülfe geleistet werden. Arzneien helfen nichts und ableitender Aderlass schadet oft durch Vermehrung der Entkräftung. Nur von der künstlichen Frühgeburt auf operativem Wege ist Rettung der Mutter oder des Kindes oder beider zu erwarten. Es werden fremde und eigene Beobachtungen zur Bestätigung mitgetheilt.

Man soll nicht sogleich und wenn die Blutung noch geringe ist operiren. Es gelingt nämlich oft durch strenge Ruhe und, bei genügenden Kräften der Mutter, durch wiederholte Aderlässe die Schwangerschaft glücklich bis zu ihrem Ende zu führen; die Ruhe im Bette muss dann aber auch ebensolange fortgesetzt werden. Springt die Blase von selbst, liegt der Kopf vor und stellen sich Wehen ein, so räth der Verf., mit *Mauriceau*, die Ausziehung des Kindes nicht zu beeilen, wenn dies nicht wegen Zuckungen und Ohnmachten nöthig wird. Auch soll man niemals zur Ausziehung des Kindes schreiten, so lange noch keine Wehen eingetreten sind und der Muttermund noch fest geschlossen ist. Gewalt führt nur zu leicht zur Zersprengung des Uterus mit Tod der Mutter.

Hier sind etwas scharfe Klystiere sehr zu empfehlen, welche Wehen erwecken, drohende Zuckungen verhüten, bestehende mindern oder beseitigen, und die Blutung offenbar mindern, sei es auch nur durch Entfernung fester Kothmassen, welche den Blutumlauf beschränken. Operativ soll hier nichts vorgenommen werden, als Sprengung der Eihäute, deren Spannung unter den Wehen die Lösung des Mutterkuchens und so die Vermehrung der Blutung zur Folge hat. Bei Kreissenden ist der Muttermund gewöhnlich dünn, weich und gleichförmig ausgebreitet und dies ist für die Geburt besonders förderlich, während der Muttermund besonders bei Erstgebärenden, bei ältern Personen und bei Krampfwehen dick, hart und ungleich erscheint, und die Geburt dann schwierig und gefahrvoll wird. Zu lange soll auch nicht mit dem Ausziehen des Kindes gezögert, vielmehr operirt werden, ehe Zuckungen und Ohnmachten eintreten. In Fällen starken Blutflusses kann man auch nicht auf stärkere Wehen und weite Eröffnung des Muttermundes warten. Hier kann und

soll man die Erweiterung des Muttermundes mit den Fingern sanft unterstützen. Der Monat der Schwangerschaft macht hier keinen Unterschied, obgleich man das Kind vor dem 7. Monat nicht erhalten kann. Leider hilft die Ausziehung des Kindes nichts, wenn, was man voraus nicht wissen kann, die Ursache der Blutung ein Riss der Gebärmutter ist; bei diesem stirbt die Mutter immer, die Geburt mag von selbst oder künstlich geschehen. Es kann aber alsdann das Kind durch die Ausziehung gerettet werden.

Das Verfahren ist folgendes. Die Schwangere werde in gewöhnlicher Weise auf das Geburtsbett oder den Geburtsstuhl gebracht; die Finger werden, dicht zusammengelegt, sanft in die Scheide geführt, bis sie in den Muttermund zu dringen anfangen; diese werden dann mit denselben dem einen nach dem anderen, gewaltlos und so allmälig als möglich, erweitert, jedoch ohne die einzelnen Wehen zu benutzen, sondern sofort ohne Unterbrechung.

Findet man die Eihäute noch verschlossen, so müssen sie sofort geöffnet werden. Hierbei helfen die Wehen durch Spannung der Eihäute nicht mit, allein diese sind bei vorzeitigen Geburten gewöhnlich dünn und daher leicht zu sprengen. Auch hindert nichts die Benutzung eines Häkchens oder ähnlichen Werkzeugs; nur muss man sich hüten, an den Häuten und durch diese an dem Mutterkuchen zu zerren. Der Vf. durchgeht die Anzeigen für das Blasensprengen bei der rechtzeitigen Geburt und bemerkt dann, dass die Nothwendigkeit und der Nutzen der Eröffnung der Eihäute bei vorzeitigen mit Blutung verbundenen Geburten noch weit grösser als bei rechtzeitigen ohne Blutungen sei, da die Erfahrung lehre, dass nach Trennung der Eihäute die Blutung sich mindere oder ganz aufhöre, die Wehen sich wieder einstellen und oft das Kind rasch ohne erhebliche Hülfe durch die Hand des Geburtshelfers, zu Tage treiben. Sollte aber dies nicht der Fall sein, so lasse sich die Hand leicht zu den Füssen des Kindes führen und dessen Ausziehung bewerkstelligen.

Der Vf. bespricht nun auch das Verfahren bei Placenta praevia, nachdem er die Zeichen dieser Vorlagerung des Mutterkuchens berührt und bemerkt hat, dass mit der Aus-

ziehung des Kindes um so mehr zu eilen sei, je bedeutender die Blutung erscheint. Er sagt, *Guillemeau* und *Mauriceau* unterscheiden, je nachdem der Kuchen dem Muttermunde oder der Scheide mehr oder weniger nahe komme. Im ersten Falle rathen sie, den Kuchen auf eine Seite zurückzuschlagen und frei zu machen, um zu den Eihäuten zu gelangen, diese zu zerreissen und das Kind sofort an den Füssen auszuziehen; im andern Falle solle man den Kuchen, wenn die Eihäute zerrissen sind, entfernen und dann das Kind ausziehen. Der Verf. glaubt aber, Wendung und Ausziehung sei nur nöthig, wenn das Kind eine üble Lage habe oder die Kräfte der Mutter nebst den Wehen schwinden. Liegt dagegen das Kind mit dem Kopfe vor und fehlt es nicht an Kräften und Wehen, so hält es der Verf., wegen der Schwierigkeit, den Mutterkuchen zur Seite zu bringen und die Eihäute zu zerreissen, und wegen der alsdann erforderlichen Eile im Ausziehen des Kindes, für rathsamer, den vorragenden Kuchentheil mit einem Finger oder einem Häkchen zu durchbohren, was, wegen der geringen Festigkeit des Gewebes des Kuchens, leichter sei. Darauf soll man die Oeffnung mit den Fingern so weit vergrössern, als dies der Muttermund erlaubt. So wird der Blutverlust sich unter dem Abflusse der Wässer erheblich vermindern, die Gebärmutter sich zu neuen Zusammenziehungen erheben und man soll dann, bei senkrechtem Stande des Kopfes, der Natur einige Zeit zur Austreibung des Kindes lassen.

Man sieht, dass *Bohn* von der Ansicht geleitet wurde, es sei am besten, bei Gebärmutterblutungen vor dem gesetzlichen Ende der Schwangerschaft wegen vorzeitiger Lösung des Mutterkuchens, wo möglich, die gewaltsame Entbindung zu vermeiden, sich auf die Eröffnung der Eihäute zum Ausfliessen des Fruchtwassers zu beschränken, die Austreibung des Kindes der Natur zu überlassen: ein Verfahren, welches er als Bewirkung einer Frühgeburt bezeichnet, als ein besonderes eigenthümliches Handwirken (Chirurgia) aufstellt, und für welches er die Benutzung eines Häkchens oder ähnlichen Werkzeugs empfiehlt, wenn es mit den Fingern allein nicht wohl auszuführen ist.

Dieses Verfahren war schon 1690 von der *Justine Siegemundin* für den vorsitzenden Mutterkuchen empfohlen und geübt worden. S. 248 flg. der Ausgabe von 1690 heisst es: „*Christ.* Es begiebet sich zuweilen, dass die Nachgeburt dem Kinde vorfällt, und die Geburt verhindert. Wie es zugeht, weiss ich nicht, aber, dass es geschieht, weiss ich wohl. Es ist durch den Angriff einer rechten Wehe-Mutter bald erkennbahr, wenn sie nur die fordern zwey Finger in den innern Mutter-Mund einlässt. So ist bey dergleichen Zustande das Netze nicht zu fühlen, welches sonst allemahl kan und muss gefühlet werden, sondern als ein stück Fleisch, im Angriff, gleich einer Leber, wie es denn auch auf deutsch der Leberkuchen genannt wird. So kan man auch durch das dicke Fleisch das Kind nicht fühlen, wie es zur Geburt stehet, als wie man es sonsten bey der Geburt allezeit fühlen kan, dahero es gar leichte einer Wehe-Mutter zu wissen ist. Es kommt auch allemahl dabey vor: und unter der Geburt grosse Blutstürtzung, dass Mutter und Kind ins Lebens-Gefahr gerathen, wenn ihnen nicht recht geholffen wird. Und wenn gleich die Kinder recht-stehend zur Geburt seyn: Dennoch gehen die meisten Kinder drauf, wenn ihnen nicht bald und in der Zeit geholffen wird. Ich geschweige, wenn die Kinder unrecht stehen, so ist die Gefahr desto grösser..... Diesem Vorfall der Nachgeburt vor das Kind, wenn es sol gebohren werden, weiss ich nicht anders abzuhelfen, als nach deiner Lehre durch eine Knüth- oder Strick- oder Haarnadel, oder dergleichen Instrument, mit welchem ich, in solchem Fall, das dicke Fleisch, als den sogenannten Leber-Kuchen durchgestochen habe. Dieses aber muss vorsichtig geschehen, auf dass es das Kind nicht erreiche Ich habe die Strick- oder Haarnadel, wenn kein recht dazu gemachtes Instrument vorhanden gewesen, auf den zwey Fingern, welche ich in die Geburt der Frauen eingelassen, und den Leberkuchen angefasset, gelinde und vorsichtig, wegen der Spitze, hineingeführet, und den Leberkuchen ganz sachte durchgestochen, und mit dem einen Finger bald nachgefolget, wenn er durchgestochen gewesen, so folget das gewöhnliche Wasser, und die Blutstürtzung stillet sich bald; das Wasser aber hilft das kleine Loch grösser machen, dass ich beyde Finger durchbringen

können. Durch diese beyde Finger kan man das Loch im Leberkuchen so gross machen, als es nöthig, dass man zum Kinde kan. Ist nun das Kind recht zur Geburt, und lebet noch, so ist glückliche Geburt vor Mutter und Kind. Ist es aber schon todt, wegen der vorhergegangenen Blutstürtzung, so ist doch der Mutter geholffen. Stehet aber das Kind unrecht, so muss ihm mit der Wendung geholffen werden, nach deiner beschriebenen Arth, wie es lieget, dass nur die Mutter gerettet wird, wo sie nicht durch die vorhergehende Blutstürtzung der zu langsahmen Hülffe versäumet, dass keine Krafft zu erholen mehr übrig bey ihr ist..... Ich habe es unterschiedene mahl zu der höchsten Gefahr kommen sehen, ehe sie dieses Mittel mit dem Durchstechen der Nachgeburt haben annehmen wollen, da es doch die meisten mahle glücklich abgegangen, dass aufs wenigste die Mutter gerettet worden, auch offters das Kind, wenn es in zeiten geschehen ist. So habe ich auch beyde sehen umkommen in der gleichen Zustande, welche sich solcher Hülffe nicht untergeben haben, und ich zur selben Zeit noch keine Wissenschaft davon gehabt."

In den Ausgaben von 1752 uud 1756 heisst es S. 98: „Ihnen ist auch mit meinem Wissen anders nicht zu helffen: als dass ich mit einem subtilen Häklein oder Draht, oder Haar-Nadel das dicke Fleisch an der Nach-Geburt durchstochen, dass ich mit den Fingern durchgekonnt. (Es muss aber wohl in acht genommen werden, dass mit dem Häklein oder der Nadel nicht das Kind erreichet werde.) So ist das Wasser gelauffen, wie es pfleget zu lauffen, wann es springet. So bald es Lufft bekommt, folgen die Wehen, und das Geblüte stillet sich: Alsdann habe ich mit den Fingern dem Schwamme gantz vonsammen geholfen, darauf ist eine glückliche Geburt vor Mutter und Kind erfolget, wann ich sie bey guten Kräfften gefunden."

Justine Siegemundin wendete die Eröffnung der Eihäute auch bei Gebärmutterblutungen nahe vor und unter der Geburt an, ohne dass der Mutterkuchen verlagert war und den Muttermund bedeckte. Es scheint, dass sie sich alsdann mit dem blossen Eihautstich begnügte. S. 98 und 99 der beiden letztgenannten Ausgaben heisst es: „Diese oder dergleichen Blut-Stürzung

nahe vor und unter der Geburt ist einmahl besser als das andere durch Artzney-Mittel zu stillen. Ich habe allhier bey einer vornehmen Frauen solche Blutstürtzung gehabt, da die Nachgeburt nicht vorgefallen war, es war ihr erstes Kind, da sie mit einkommen solte, so fand sich das Geblüte häufig, eher noch einige Wehen waren, ja so heftig, dass die Frau in drey oder vier Stunden mit dem Tode rang. Was aber die Ursache war, dass sich das Geblüte so ergoss, weiss Gott, ich aber nicht. Des Kindes Leben war nicht mehr zu fühlen. Die Frau fieng an zu phantasiren; Hände und Füsse waren durch kalten Schweiss als ein Eiss, dass also wenig oder keine Hoffnung des Lebens der Mutter und Kind übrig war. Den Pulss kunte man schwer und offters lange nicht fühlen. Es wollte keine Artzney mehr anschlagen, so dass, wie vor gesagt, vor menschlichen Augen keine Hoffnung des Lebens übrig. Dennoch schlug ich dieses Mittel dem Herrn Doctor vor: Ich wolte eine Haar-Nadel nehmen, und das Netze, welches des Kindes Wasser beschleusst, durchstechen, indem bey vorhergehender Geburt das Blut sich bald pflegte zu stillen, wenn ich die Nachgeburt durchstochen hätte, dass das Kinder-Wasser weglieffe, alsdann drängete sich die Frucht zum Gebähren an und ein, das Kind sey todt oder lebendig. Die Herren Doctores beschlossen, ich sollte das thun. So bald es geschehen, gieng das gewöhnliche Kinder-Wasser fort, und das Kind, weil es recht zur Geburt stand, drang mit dem Kopffe ein, und das Geblüte liess nach, darauf funden sich etliche Wehen, dass ich bald eine glückliche Geburt hoffete: Weil aber der Frauen Kräffte gantz weg waren, und das Kind, wie leicht zu gedenken, todt war, bei einer solchen gewaltsamen Blut-Stürtzung, so hatten die Wehen keine Krafft mehr nachzufolgen, und wurden wieder stille; die Frau aber lag etliche Stunden, nachdem das Geblüte auch stille geblieben, in einem tieffen, doch fast ohnmächtigen Schlaffe, biss gegen dem Tage, alsdann erholte sie sich in etwas, dass sie sich besinnen können. Es funden sich auch abermahls Wehen, indem aber die Kräffte der Frauen schwach, und das Kind gross und todt war, die Frau auch zum erstenmahl gebähren sollte, so war es unmöglich zu gebähren, wiewohl aller Fleiss

und Hülffe von den Herren Medicis und mir angewendet worden, durch treibende und stärkende Sachen. Dannenhero die Herren Doctores gut befunden, ich solte dem todten Kinde einen Haken in den Kopf ansetzen, und auf alle Weise helffen ziehen, so gut ich könnte, dass doch die Frau, wo möglich, gerettet würde. Welches dann auch, ohne Verletzung ihrer Gesundheit, glücklich abgegangen, wiewohl sie fast ein halbes Jahr gelegen, ehe sie sich erhohlen können, ist aber biss dato (Gott sey Dank!) frisch und gesund."

Philippe Peu erzählt in seiner Schrift: La pratique des accouchemens. Paris 1694. 8. einen Fall, in welchem er den halbkugelig vorgedrängten Mutterkuchen mit den Fingern durchbohrte, die Hand durch die Oeffnung einführte, den vorliegenden Steiss des reifen Kindes zurückdrängte, die Füsse herabholte und das schon in beginnender Fäulniss begriffene Kind auszog, die Mutter aber in Folge der erschöpfenden Blutung am 5. Tage starb.

Johann von Horn, welcher bereits 1697 seine schriftstellerische Laufbahn mit einem schwedischen Hebammenbuche begann, räth bei Placenta praevia: „Nachdem .... der Muttermund so weit offen, dass man kann 2 bis 3 Finger dahinein bringe, so beschmieret die Wehemutter ihre Hand und Arm und hohlet erstlich heraus alles gelebertes und zusammengeronnenes Geblüte, womit die Scheide angefüllt ist. Hernach geht sie mit der Hand weiter, und da die Gebähr-Mutter nicht genug offen ist, so macht sie die Oeffnung grösser und weiter, indem sie dieselben von einander breitet, bohrt durch die Nachgeburt, so ihr gemeinlich in solchem Falle am ersten entgegenfällt, oder verhindert diese ihr in der Arbeit, so nimmt sie selbige heraus, hiernächt zerreisst sie das Netz und wendet das Kind."

Brudenell Exton sagt in seinem A new and general System of Midwifery. London 1751: „Der Kuchen ist so viel als möglich zur Seite zu schieben; geht dies nicht an, so muss man sich einen Weg bahnen, um zum Kinde zu gelangen, indem man die Finger durch den Kuchen drückt, bis die Eihäute durchbohrt sind. Ist das Wasser entleert, so muss man das Kind an den Füssen fassen und so bald als möglich ausziehen.

Smellie, welcher zuerst 1752 schrieb, führte stets seine Hand neben den vorsitzenden Kuchen her. Einmal jedoch war er genöthigt den Kuchen zu durchbohren, um die Eihäute sprengen zu können. Er sagt: „Zu dieser Zeit meiner Praxis wusste ich noch nicht, dass die Anbringung von stiptischen Mitteln in die Scheide und Anfüllung derselben mit Leinwandslappen zuweilen die Blutung beschränkt und die Geburtsarbeit fördert. Auch war es mir noch unbekannt, dass das Sprengen der Eihäute, um die Entleerung der Wässer zu gestatten, für die Beschränkung der Blutung nützlich sei, indem man es der Gebärmutter unmöglich macht, sich zusammen zu ziehen und das Kind enge zu umfassen.“ Er verweiset auf Fälle, in welchen er bei Gebärmutterblutungen vor dem Blasensprunge das Fruchtwasser abliess, auch wenn der Kuchen nicht vorsass. In einem Falle, in welchem er zu dem gedachten Zwecke die Fruchtblase mit dem Finger nicht sprengen konnte, schnitt er dieselbe ein.

John Burton empfahl 1751 bei mässigen Gebärmutterblutungen in der Schwangerschaft Aderlässe und strenge Ruhe und rieth, wenn die Blutung nur durch Beförderung der Geburt zu bewältigen ist, wie *Puzos*, jedoch ohne ihn zu nennen, den Muttermund durch kreisförmiges Bewegen eines Fingers rings im Reife des Muttermundes und durch gleichzeitiges Anziehen dieses Reifes nach aussen und unten, zur Erweiterung zu bringen. Auch will er, wie *Puzos*, das Fruchtwasser durch Oeffnung der Eihäute ablassen.

Nicolas Puzos veröffentlicht seine Behandlungsweise der Gebärmutterblutungen Schwangerer, ohne Beziehung zum Vorsitzen des Mutterkuchens, dessen er gar nicht gedenkt, in seinen: „Mémoires sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses, sur les moyens de les arrêter sans en venir à l'accouchement, et sur la methode de précéder à l'accouchement dans les cas de necessité, par une voye plus douce et plus sûre que celles, qu'on a coutume d'employer.“ 1747 abgedruckt in den: Mém. de l'acad. royale de chir. Tom. I. p. 358 flg. Wenn sich diese Blutungen ohne Wehen in den frühern oder spätern Monaten der Schwangerschaft einstellen, empfiehlt er, wie *Bohn*, die strengste Ruhe im Bette bis zur Geburt fortgesetzt, selbst Wochen und Monate

lang, in horizontaler Lage, welche bei Harn- und Stuhlentleerung nicht verlassen werden darf, nebst ableitenden Aderlässen am Arme. *Bohn* sagt nämlich „Utpote in quali casu adornata atque repetita in Cubito Sanguinis missio gestationem non raro ad terminum usque partus naturalem integram conservat ac firmat. Si imprimis in lecto simul se quietam contineat ista, non, ut Vulgus satis superstitiose sibi persuadet, per novem tantum dies, sed per plures etiam, imo ad mensem integrum; seu donec evanuerint symptomata, laesionem uteri concomitantia et consequentia."

Kommt es zur Geburt, so ist nach *Puzos* die Hülfe in der Verstärkung der meistens zu schwachen oder ganz fehlenden Wehen zu suchen, wofür das kreisförmige Reiben des Muttermundes und sanfte Ausdehnen desselben, endlich, nach dem Vorgange *Bohn's*, das Blasensprengen zur Entleerung des Fruchtwassers dient. Das Blasensprengen vermittelt ausserdem einen Druck des Kindeskörpers auf den Mutterkuchen und des Kuchens auf die getrennte und blutende Einpflanzungsgegend desselben.

Man sieht, dass das Verfahren, welches *Puzos* empfiehlt, sich von dem *Bohn's* nur durch die kreisförmigen Reibungen des Muttermundes unterscheidet, deren *Bohn* nicht gedenkt. Ob *Puzos* seine übrige Behandlungsweise aus der Schrift *Bohn's* schöpfte, mag dahin gestellt sein. Er konnte es, da die Abhandlung *Bohn's* bereits 1710 erschien. Dass *Burton* nur den von *Puzos* gegebenen Rath wiederholt habe, ist kaum zu bezweifeln.

Allen aber voran ging *Justine Siegemundin* mit ihrer Praxis, den Eihautstich bei Gebärmutterblutungen zur Blutstillung und zur Einleitung und Beschleunigung der Geburt zu machen. Auch nicht vor ihrer Zeit wurde der Eihautstich zu diesem Zwecke angewendet. Aus dem Bruchstücke der Schrift der *Aspasia*, welches durch *Aetius von Amida* erhalten wurde, geht hervor, dass man schon zur Zeit *Aspasia's* den künstlichen Abort bewirkte, um bei allzu engen Geburtswegen die Geburt möglich zu machen; allein des Eihautstichs ist nicht gedacht. Auch *Avicenna* empfahl zu diesem Zwecke den künstlichen Abort

auf operativem Wege, allein nicht durch den Eihautstich, sondern das Einlegen fremder Körper in den Muttermund: „Et de regimine bono in illo, est, ut intromittatur in os matricis praegnantis charta involuta in modum licinii, aut penna, aut lignum abrasum, vel politum, et factum acutum in modum licinii, cum mensura quantitatis fusti, vel rami ex usnen: aut ruta, aut hartanita, aut serachs.“ Die vermittels einer Röhre durch den Mutterhals nach *Avicenna* für die Bewirkung des Aborts zu machenden Einspritzungen geschehen ohne Eröffnung der Eihäute: „Oportet ut sit instrumentum quo injectio fit, triangulatae extremitatis, longum habens collum, secundum mensuram longitudinis colli matricis mulieris, quae curatur, et taliter, ut ingrediatur os matricis, et sentiat mulier, quod iam pervenit in spatium, intra matricem, et injiciatur per ipsum illud, quod interficit, et quod lubricat, et quod extrahit.“

Diesemnach darf man die frühste Anwendung des Eihautstichs als geburtshülfliches operatives Verfahren zur Einleitung und Beförderung der Geburt der deutschen Hebamme *Justine Siegemundin* und die erste besondere wissenschaftliche Abhandlung über diese neue Hülfeleistung dem deutschen Geburtshelfer *Johann Bohn* zuschreiben.

IV.

Eine Enthirnung ohne Erfolg.

Von

Dr. **Lehmann** in Spandau.

Eine junge Frau von 24 Jahren, seit einem Jahre hier Orts an einen Kaufmann verheirathet, lebte seitdem in glücklichen Umständen. Sie ist sanguinischen Temperamentes, sehr leicht erregbar, von wohlgebildetem, ziemlich muskulösem Körper, an dem äusserlich nichts Abnormes bemerkbar. Aus ihrer Jugend erinnert sie sich nur im 7. Jahre einmal bedeutender an einer acuten Krankheit, wahrscheinlich einer Lungenentzündung, dann im 10. Jahre am Typhus, der einem Choleraanfalle gefolgt sein soll, lange Zeit hindurch gelitten zu haben,

und hat sie von damals einen fixen Kopfschmerz zurückbehalten, der längs der Pfeilnaht verlaufend, ein Jahr lang nach der Krankheit dauernd war, jetzt aber nur selten bei geistigen oder körperlichen Aufregungen und auf kurze Zeit eintritt, auf einem Congestivzustande der Hirnsinus zu beruhen scheint, und kühlenden Mitteln bald weicht. Von Scropheln oder Knochenkrankheiten weiss sie Nichts, und zeigt auch keine Spuren solcher etwa in der Kindheit vorhanden gewesenen Leiden.

Kurze Zeit nach ihrer Verheirathung wurde sie schwanger, und verbrachte die Zeit ihrer Schwangerschaft, mit Ausnahme des ganz gewöhnlichen, anfänglichen Unwohlseins, ganz gut; sie erwartete ihre Niederkunft nach dem Ausbleiben der sonst regelmässigen Periode und dem Gefühl der ersten Kindsbewegungen etwa 14 Tage früher, als die ersten wirklichen Geburtswehen eintraten, ohne dass sie indess zuletzt besonders stark gehend erschien.

In diesen letzten Tagen, in denen der Stuhlgang durch zeitweise gereichte Laxanzen und Klystiere befördert werden musste, wurde sie vorzugsweise von Congestionen zu Kopf und Brust befallen, die namentlich Nachts so stark eintraten, dass sie, aus schrecklichen Träumen erwachend, von ungeheurer Angst befallen, Visionen hatte, in denen sie sowohl in ihrem Auge den unverkennbaren Ausdruck des Irrseins, als auch in ihrer Rede die Vermischung des wachen Zustandes mit ihren ängstigenden Phantasiebildern zeigte. Da nun diese Zustände vorzugsweise eine Nacht um die andere stärker hervorzutreten schienen, zu deren Beobachtung ich stets gerufen wurde, dieselben auch, ziemlich um dieselbe Zeit gegen Mitternacht beginnend, nach einigen Stunden mit leichtem Schweisse und Schlaf endigten, und am andern Tage nur den fixen Kopfschmerz längs der Pfeilnaht zurückliessen, so dachte ich schon, weil die inzwischen gereichten kühlenden und beruhigenden Mittel Nichts verändert hatten, an eine Febris intermittens larvata.

Inzwischen überraschte mich der Eintritt der Geburtswehen, zu denen ich sogleich gerufen zu werden gewünscht hatte, da ich nach solchen Vorgängen, zumal der kurz vorher untersuchte Urin starken Eiweissgehalt zeigte, eine Eclampsie,

oder gar Eintritt völligen Wahnsinns durch die sich etwa verzögernde Entbindung als Reaction der geistigen Erregbarkeit gegen den Wehenschmerz fürchtete.

Am 24. März c. Abends hinzugerufen, fand ich nach nicht bedeutenden Wehen den Muttermund in 4 Stunden schon ganz verstrichen und thalergross geöffnet, die Scheide feucht und weich, die Kreissende gefasst, und ohne den bisherigen Kopfschmerz, froh in der Hoffnung baldiger Erleichterung. Trotz der in längeren Intervallen allmälig heftiger und häufiger eintretenden Wehen erweiterte sich der Muttermund in den folgenden 6 Stunden bis 4 Uhr Morgens nur zu Zweithalerstückgrösse, der Kopf lastete nach vorn etwas schwerer auf dem Scheidengewölbe, die Blase hing schlaff in dem Muttermunde, liess an dessen vorderem linken Rande die kleine Fontanelle durchfühlen, und spannte sich auch in der Wehe nicht genügend. Der 2. Durchmesser des Beckeneinganges war frei, am hintern Ende des 1. schrägen liess sich nur ein Theil der Pfeilnaht verfolgen, ohne dass ich die grosse Fontanelle oder einen weiter nach hinten gelegenen Theil erreichen konnte; das Promontorium fühlte ich nicht.

Während ich mich kurze Zeit aus dem Zimmer entfernte, war angeblich in einer Wehe die schlaffe Blase gesprungen; wahrscheinlicher war es mir sogleich, dass die mitanwesende Hebamme in der hier leider sehr verbreiteten Idee, dadurch die Geburt zu beschleunigen, dieselbe absichtlich zu früh eröffnet habe. Der Wasserabfluss ging hierauf langsam und meist nur während der Wehen vor sich, welche dann schneller und stärker eintraten, und den Kopf ohne fernere Erweiterung des Muttermundes nach hinten so weit hinabdrängten, dass ich die grosse Fontanelle von den in der Pfeilnaht nun stark übereinander geschobenen Scheitelbeinen aus erreichen und bei jetzt fest stehendem Kopfe mithin sicher die 1. Scheitellage zu erkennen vermochte. Da die Herztöne des Fötus schon am Abend sehr hell und rein etwas unterhalb des Nabels nach der linken Mutterseite gehört, etwa 120 Schläge in der Minute, ebenso deutlich und nicht schneller hörbar blieben, wartete ich, unter allmäligem Nachlass der starken Wehen, bis Morgens 8 Uhr; der Kopf blieb in derselben Stellung im Beckeneingang stehen, der Muttermund erweiterte

sich nicht, liess sich aber vom Kopfe leicht $^1/_2$ Zoll weit abziehen. Obschon ich den Kindesherzschlag noch in derselben Art fand, fürchtete ich doch, da eine Gabe von 10 gr. Secale cornut. die Wehen nicht wieder hervorrief, schliesslich für das Leben des Kindes, und besorgte auch bei dem trotz kräftiger Wehen so gering fortgeschrittenen Herabtreten des Kindskopfes ein Missverhältniss zwischen demselben und dem Mutterbecken, das instrumentale Hülfe erfordern könnte. Da ich ausser meinem ärztlichen Verkehr mit der Familie auch auf freundschaftlichem Fusse stand, und die bevorstehende Operation mir als keine leichte vorschwebte, mochte ich die alleinige Verantwortung nicht auf mich nehmen, und wandte mich daher an den mir vorgesetzten Herrn Stabsarzt Dr. *G.*, der mit mir die weitere Entbindung übernahm.

Er bestätigte die von mir angegebenen Verhältnisse, und ermahnte zur ferneren Geduld. Allmälig traten auch wieder mässige Wehen ein, die indess Kopf und Erweiterung des Muttermundes gar nicht förderten. Um 11 Uhr war der Herzschlag des Kindes schwach und sehr schnell, 168 in der Minute, der Steiss lag im Fundus uteri, fühlbar neben kleinen Theilen, der Rücken im linken Hypogastrium, der ganze Fötusrumpf machte einen starken Bogen, der Kopf war vom linken Schambeinast mehr auf den rechten gerückt, so dass das vordere Ende des 1. schrägen Durchmessers jetzt freier, das hintere desselben und das vordere Ende des 2. schrägen belegt, die grosse Fontanelle in der rechten Mutterseite und von ihr die Pfeilnaht ziemlich gerade nach vorn verlaufend erschien.

Hiernach mussten wir eine verhältnissmässige Verengerung der Conjugata zum Kindskopfe annehmen, und beschlossen, im Interesse der Kindeserhaltung, und zur Ueberwindung des gesetzten Hindernisses, die Anlegung der Zange.

Herr Stabsarzt *G.* applicirte dieselbe auch bald gut und fest, und begann unter Chloroformnarkose der Mutter während der inzwischen nicht sistirenden Wehen seine Tractionen. Wir arbeiteten, abwechselnd, unter mehr und mehr verstärkten Tractionen, während bald der Herzschlag des Kindes ganz aufhörte, so fast 3 Stunden, ohne den Kopf nur im Geringsten zu fördern, und überzeugten uns, dass, da unsere Kräfte völlig erschöpft waren, wir zu der vorzunehmenden Enthirnung und

den nachfolgenden Kraftanstrengungen, zugleich zu unserer Beruhigung, eines Dritten bedürfen würden.

Der im Orte noch stationirte Oberstabsarzt Dr. *S.*, zu dem wir zuerst sandten, war auf 5 Stunden ausserhalb abwesend; weder bei ihm, noch bei einem andern Arzte war eine Cephalotribe gefunden; es erschien mein College *N.*, Wundarzt I. Klasse und Geburtshelfer, der zunächst nochmals einen vergeblichen Zangenversuch machte, und dann nahm *G.* mit dem nach aussen schneidenden scheerenförmigen Perforatorium die Durchbohrung der Scheitelbeine vor, die auch in der durch die übereinandergeschobenen Kopfknochen ganz verengten Pfeilnaht an der kleinen Fontanelle mit Mühe gelang, und die wenigstens theilweise Enthirnung und Verkleinerung der Schädeldurchmesser ermöglichte.

Trotz derselben gelang es aber noch nicht, mit der wieder angelegten Zange den Kopf zu fördern; ebenso wenig richtete *N.* mit dem glücklich eingebrachten und fest haftenden stumpfen Haken aus, und war dabei zu fürchten, dass der scharfe Rand des linken Scheitelbeins, der oben gegen Urethra und Symphyse, unten gegen hintere Scheidenwand und Mastdarm stand, die genannten Wände ganz durchreissen würde. *G.* ging gegen das linke Scheitelbein mit einer Knochenscheere ein, vermochte aber dieselbe nicht ohne Verletzung der Mutter weiter einzuführen, als dass er einen etwa $^3/_4$ Zoll langen Querschnitt in die Pfeilnahtseite dieses Knochens machte, und die Unmöglichkeit weiterer Operation zur Zerstückelung der Schädelknochen einsah. Jetzt versuchte *N.* mehrmals die stehenden Tractionen mittels der kleinen Zange, die schliesslich so gewaltsam ausgeführt wurden, dass die Zange plötzlich abglitt und den Damm bis zum After einriss; ohne jedoch etwas damit zu fördern.

Alle drei waren wir erschöpft, 4 Stunden indess vergangen, die Mutter noch immer in Chloroformnarkose, zu der sie bisher $3^1/_2$ Unzen geathmet hatte. Wir sahen zu unserer Verzweiflung ein, dass nur der Kaiserschnitt trotz des todten Kindes die Mutter retten könne, da uns die Instrumente zur weiteren Kindeszerstückelung fehlten, mit den vorhandenen der Schädelgrund ohne tödtliche Verletzung der Mutter nicht zu verkleinern war, und wir nicht einmal das Schädelgewölbe

durch Herausziehen der einzelnen Schädelknochen mittels Zangen zu entfernen vermochten.

Um wenigstens vorläufig eine Entfernung der scharf gegenstehenden Knochenränder von den Weichtheilen zu versuchen, ging ich mit der Hand in die Scheide, und gelang es mir, in derselben die Seitenwandbeine und Stirn und Hinterhaupt so zusammenzupressen, dass sie nicht mehr unmittelbar den Gebärmutterrand und die Scheidenwände bedrohten. Hierbei entdeckte ich, leider erst jetzt, mit dem rechten Zeigefinger das stark in den Beckeneingang hineinragende Promontorium.

Da mein schon ermüdeter Arm durch eine kräftige Wehe, in der ich die Schädelknochen in der Hand barg, völlig erlahmt war, ging ich zurück, und versuchte nun *G.*, während wir die Frau in tiefste Narkose versetzten, mit einem Verzweiflungscoup den eingekeilten Kopf zurückzubringen, und die Wendung auf die Füsse zu vollenden.

Nach bedeutender Anstrengung gelang es, den Kopf, 14 Stunden nach Abfluss des Wassers, aus seiner Zangeneinkeilung zu heben, neben ihm in der linken Mutterseite emporzugehen und die Wendung auf den rechten Fuss zu vollenden. Dank der tiefen Chloroformnarkose, ohne welche nach den früheren Vorgängen die Frau, selbst unwillkürlich, und der Uterus einen solchen Muskelwiderstand entgegengesetzt hätten, dass die Wendung bei Bewusstsein und Empfindung wohl unmöglich, wenigstens nicht ohne Ruptur des Uterus vollendet worden wäre!

Nachdem *G.* den Fuss herausgeführt hatte, der in der 1. Fusslage erschien, zogen wir, mit vereinten Kräften rotirend, das Becken zum Einschneiden herab, und wurde dasselbe von *G.* entwickelt. Mit bedeutendem Kraftaufwande wurde, nach Lösung des linken, an der Bauchseite emporgeschlagenen Fusses, nun die fernere Entwickelung des Rumpfes durch *G.* und *N.* gemeinsam durchgesetzt, während ich auf die Chloroformirung achtete, und mit der Hebamme das Becken der Frau fixirte: die Schultern erschienen endlich im Introitus, die Arme wurden, da an eine Drehung des Kindskopfes um die Längsachse wegen der das Gesicht fixirenden Exostose nicht zu denken war, am Damm und unter der Symphyse glücklich

gelöst, und die Schultern geboren. Jetzt hatte aber beide Herren die Kraft verlassen, der Kopf blieb an dem langen Kindeshalse in dem Beckeneingange stehen, und war nicht herabzubekommen. Ich ging nun neben dem Halsrücken in der linken Mutterseite ein, umfasste Hinterhaupt und Scheitelbeine mit der Hohlhand, und, indem ich so das Kinn gegen den Kehlkopf drückte, gelang es, den ganzen Kopf rechts von dem hervorragenden Promontorium, das mein Arm mit dem Kindesnacken unter sich streifte, bis in die Beckenweite herabzuführen, worauf er nach Entfernung meiner Hand leicht auf die gewöhnliche Weise entwickelt wurde.

Während dieses Actes erschreckte die anderen, der Chloroformirung zugewandten Herren, eine neue Erscheinung, das plötzliche Todtenansehen der Mutter mit Stillstand des Herzens und Athmens. Wir erkannten aber bald darin nur die höchste Narkose, spritzten ihr kaltes Wasser ins Gesicht, und, nachdem dadurch die Athembewegungen wieder angeregt waren, flössten wir auch Wasser ein, das sie bald verschluckte. Indess war der Kopf entwickelt, und wurde die Placenta, da uns zu viel Blut nachströmte, durch *N.* künstlich gelöst, der sie auch an einzelnen Stellen adhärent fand, aber ohne Defect hervorbrachte.

Jetzt legten wir die Frau auf das bereitete Lager, flössten ihr unter abermaligem Bespritzen des Gesichts tüchtig kaltes Wasser ein, und — nach Einathmung von 5 Unzen Chloroform in 4 Stunden — erwachte sie wenige Minuten danach zum klaren Bewusstsein.

Bald stellte sich schöner, warmer Schweiss ein über den ganzen Körper, die Gebärmutter zog sich schnell zur kleinen Kugelform zusammen, Blutgang hierauf gering, Allgemeinbefinden gut, Puls 96, kein nach starker Chloroformirung so gewöhnliches Erbrechen, Kopf frei, Unterleib nur wenig gegen tiefen Druck zur Kugel empfindlich, häufiger Durst, ausser allgemeiner Mattigkeit und Brennen im Dammriss keine Klage. Nach 2 Stunden trat ruhiger Schlaf ein.

Am folgenden Morgen Allgemeinbefinden ebenso gut, nur Puls 120, Schweiss andauernd reichlich, Lochien roth und mässig, Uterus contrahirt, unempfindlich, dagegen die Blase stark gefüllt, schmerzhaft; der Urin muss durch den Katheter

entleert werden, zeigt sich aber hellgelb und durchsichtig, sogar ohne Schleimtrübung und von jetzt ab auch ohne Eiweissgehalt. Stuhlgang durch Klystiere befördert, und, da diese nicht genügend zurückgehalten werden, Ol. ricini. Ohne Medication nur die gewöhnliche Wochendiät mit der stillen reservatio mentalis, dass nach einer so furchtbaren Entbindung bald genug Metritis und Peritonitis das exspectative Verfahren in ein sehr Eingreifendes verwandeln dürften, wenn nicht gar theilweise Gangränescenz der gequetschten Gebärmutter an der Promontorienseite, der Scheide und Blase mit einem Puerperalfieber uns der Behandlung ganz überhöben. —

Die nach der Entbindung sogleich und andern Tages nochmals mit mehreren Collegen vorgenommene Inspection des Kindes zeigte einen sehr kräftigen, $1^3/_4$ Fuss langen, ziemlich 9 Pfund schweren Knaben; die genau genommenen Masse zeigten im Längsdurchmesser des Kopfes von Glabella zur Spina occipitis trotz der Enthirnung $4^1/_4$ Zoll, im Querdurchmesser der Wangenbeine $3^1/_4$ Zoll, ebenso zwischen den Zitzenfortsätzen, so dass der Durchmesser der Tubera parietalia vor der Enthirnung gewiss $3^1/_2$ Zoll betrug; der Querdurchmesser der Schultern, trotz der noch zu beschreibenden Einknickung des Brustbeins, $5^1/_4$ Zoll. An der Brust nämlich fanden sich sämmtliche Rippenknorpel nach innen eingebrochen, so dass das Brustbein $^1/_2$ Zoll tief in die Mitte der Brust eingedrückt war, jedenfalls der Eindruck der Vorbergsexostose; die Schlüsselbeine mit theilweiser Zerreissung ihrer Bänder schräg im Winkel von 45° gegen die Längsachse mit den Schultern gegen den Kopf hinaufgezogen, neben welchem die Arme hinaufgeschlagen waren, Becken und übriger Körper unversehrt. Die Eindrücke der Zange zeigten, dass der Kopf genau im Querdurchmesser gefasst war, so dass beide Ohren in den Fenstern gelegen hatten.

Dieser Entbindungsfall ist in mehreren Beziehungen ebenso für Mutter, wie für Geburtshelfer lehrreich.

Den Erstgebärenden zeigt er die dringende Nothwendigkeit, sich mit Hintansetzung der gewöhnlichen Schamhaftigkeit in den letzten Monaten wenigstens von einer tüchtigen und zuverlässigen Hebamme, und, findet diese das geringste Bedenken, von einem Geburtshelfer auf Raumverhältnisse des

Beckens untersuchen zu lassen, damit, wenn sie äusserlich auch noch so gut und normal gebaut erscheinen, nicht, wie in diesem Falle, das Kind, und beinahe auch die Mutter, die ungehörige und bei der Entbindung doch fallende Verschämtheit der Letzteren mit ihrem Leben bezahlen.

Dieselben Gründe müssen den Arzt bestimmen, bei Erstgebärenden, die ihm ihre Entbindung anvertrauen wollen, auf eine Untersuchung schon im 7. Schwangerschaftsmonat zu dringen, damit er unvorherzusehende Hindernisse zeitig genug entdeckt, um seine Aufgabe, der lebenden Mutter ein lebendes Kind zu bringen, wirklich erfüllen zu können, und nicht später durch Opferung eines oder beider Theile seine Nachsicht gegen ungehörige Frauenverschämtheit bereuen zu lernen.

Wir sehen ferner, dass bei proportionalen Missverhältnissen der Conjugata und des Kindskopfes eine Wendung noch hülfreich sein kann, wo die Zange nicht ausreicht, weil eben letztere nur im Querdurchmesser des Beckens an den queren Kindskopfdurchmesser angelegt worden, mithin auch den Kopf nur mit seinem Längsdurchmesser in dem geraden oder höchstens einem schrägen Beckendiameter herabbefördern kann, was in unserm Falle unmöglich war, weil wegen der angegebenen Durchmesser am Schädelgrunde auch das enthirnte Kind auf den Schambeinästen und der Exostose feststehen bleiben musste. Auch nach der Extraction des Rumpfes, die trotz des Widerstandes der Brust sich durch die Einknickung der Rippenknorpel möglich machen liess, wäre die am nachfolgenden Kopfe anzulegende Zange, weil derselbe auf dem ersten schrägen Durchmesser stand, noch wirkungslos geblieben, während die eingeführte Hand dem Kopfe eine Stellung geben konnte, die ein Kopf trotz aller innerhalb der Zange zu supponirenden Drehungen doch schwerlich in derselben angenommen hätte, mit dem Kinn auf Brust und Hals geneigt, den Nacken stark gebeugt, so dass die Pfeilnaht senkrecht an der rechten Linea innominata, der ganze Kopf in der rechten Beckenhälfte mit dem Gesicht voran, dem Hals am Promontorium, neben letzterem hinabgedrückt werden konnte, um nach Ueberwindung des Hindernisses aus der Beckenweite auf die gewöhnliche Weise entwickelt werden zu können.

Schliesslich aber ist nochmals die Vorzüglichkeit des Chloroformirens bei schwierigen geburtshülflichen Operationen, namentlich solchen, die Muskelwiderstand fürchten lassen, hervorzuheben, da, 14 Stunden nach dem Wasserabfluss und den vorhergegangenen Wehen und Schmerzen bei der Zangenoperation unsre, ohnehin so irritable Frau, mit ihrer Muskelkraft uns im bewussten Zustande gewiss einen unüberwindlichen Widerstand bei dem nothwendig mehrfachen Eingehen und Operiren mit der Hand entgegengesetzt hätte, und selbst nach Ueberwindung desselben vielleicht in eine gefährliche Eclampsie verfallen wäre.

Gleichzeitig sehen wir, dass das Chloroform, wie alle Arzneimittel, nur gefährlich wird in den Händen Unerfahrener, dagegen von denjenigen, welche damit Jahre lang unter verschiedenen Verhältnissen experimentirt, und neben dem Pulse den ganzen Zustand des Patienten zu beobachten und zu überwachen gelernt haben, fast bis zum Excess ohne Nachtheil angewandt werden kann, und auch keine übeln Folgen für den Kranken, selbst in Maximaldosen hinterlässt, vielmehr leicht durch sein einfachstes Gegengift, frisches, kaltes Wasser äusserlich und innerlich, selbst in der höchsten Narkose, ausgetrieben, und in seiner vollsten Wirkung schnell aufgehoben wird. —

Der fernere Verlauf des mütterlichen Wochenbettes war im Allgemeinen völlig so, als ob die leichteste natürliche Entbindung überstanden wäre.

Bei dem über 14 Tage reichlich anhaltenden Schweisse, der Ungeduld der Kranken, die einzelne feuchte Theile entblösste, dem nothwendig häufigeren Katheterisiren in den ersten Tagen, bei welchem Luft zu der schon durch die Verdampfung abgekühlten, nassen Haut hinzutrat, bekam sie ihrer Meinung nach mehrmals so heftige Schüttelfröste, dass der ganze Körper stark zitterte, und die Zähne buchstäblich klapperten. Anfänglich glaubte ich, dass der vor der Entbindung präsumirte Intermittensprocess wieder aufträte, bei dem gleichzeitigen Schmerz über der Symphyse aber zeigte sich bald, dass nur die mit Urin gefüllte Blase und der Luftzutritt an die Haut sie so aufgeregt hatten, dass der Puls bis auf 172 Schläge in der Minute stieg, auch in der Ruhe

noch 120 beibehielt, und die einfache Entleerung mit dem Katheter, die immer einen hell gelben, klaren Urin ergab, liess erkennen, dass wir es mit keinem andern Fieber, als der Angst, zu thun hatten. Zu diesen Unbequemlichkeiten in der Blase, dem Schmerz im Dammriss, und den stark geschwollenen Genitalien kam die stete Furcht vor den Schüttelfrösten, von denen sie durch ihre Umgebungen als häufigen Anfang des Kindbettfiebers gehört hatte, um sie in steter Aufregung und Erwartung desselben zu halten, und im geringsten Kühlegefühl schon den Schüttelfrost empfinden und uns vormachen zu lassen.

Nach 14 Tagen waren die äusseren Genitalien unter aromatischen Fomenten und Einspritzungen abgeschwollen, die Rissgeschwüre in schöner Heilung, bei stärkender Diät erholte sich die Frau mehr und mehr, verliess nach 3 Wochen das Bett, nach 4 Wochen ging sie allein durch das Zimmer, und hatte als Andenken nur einen $^1/_4$ Zoll tiefen Riss durch den Sphincter ani in die Mastdarmscheidenwand davon getragen, der in der Rückenlage die Kothmassen nach vorn zwischen die Lefzen treten, im Sitzen aber schon an der hintern Mastdarmwand entleeren liess. Jetzt, nach zehn Wochen, geht sie spatzieren, wie vorher, und hat sich ganz erholt. Der Dammriss ist durch Granulationsbildung völlig geheilt, sie kann den Koth, wie früher, gut und lange zurückhalten, und haben sich die Menses schon einmal eingestellt.

Da die jetzt gemessene äussere Conjugata .7 Zoll, die innere Diagonalconjugata $3^5/_8$ Zoll, mithin die wahre Conjugata $3^1/_8$ Zoll beträgt, dürfte die künstliche Frühgeburt im neunten Monat künftig auch zu einem lebenden Kinde verhelfen.

V.

Notizen aus der Journal-Literatur.

Aberle: Sectio caesarea an einer Lebenden mit Rettung des Kindes.

Vf. am 13. März 1840 Abends 10 Uhr zu einer ledig Gebärenden gerufen, fand dieselbe derartig rhachitisch verkrüppelt, dass ein stattgehabter Beischlaf kaum als möglich gedacht werden konnte. Schon die Untersuchung mit dem Zeigefinger war bei dem allseitig verunstalteten Becken und den in Kreuz und Quer übereinandergeschlagenen untern Extremitäten sehr schwierig. Die Conjugata mass kaum 1″ und da die Geburt schon ziemlich vorgerückt erschien, so war der Kaiserschnitt sofort vorzunehmen. Nach gehöriger Lagerung der Gebärenden wurde in der rechten Seite 1″ von der Lin. alb. in schiefer Richtung ein 6″ langer Schnitt geführt, hierauf die sich hervordrängende Gebärmutter in gleicher Weise eingeschnitten und das mit dem Rücken sich präsentirende Kind, ein kräftiger, lebender Knabe schnell entfernt, ebenso auch der Fruchtkuchen. Die Blutung war bedeutend und nach Entfernung der Nachgeburt stellten sich bei der Gebärenden Krämpfe und Erbrechen ein, so dass die Därme zur Wunde herausgetrieben wurden. Durch Eisstückchen beruhigt, wurde nach $^1/_4$ Stunde die Wunde durch 5 blutige Hefte vereinigt. Es entwickelte sich hierauf eine Peritonitis, welche die Operirte, trotz der kräftigsten antiphlogistischen Behandlung am 6. Tage des Wochenbettes hinraffte.

Die Section zeigte die Bauchwunde bereits adhärirend; in der Bauchhöhle eitriges Exsudat; das Bauchfell verdickt, stellenweise missfarbig; den Uterus im Grund und Körper welk, am Halse stark entzündet; die Schnittwunde bis auf 3″ zusammengezogen.

Das Becken konnte nicht untersucht werden.

(Oesterr. Ztschr. f. prakt. Heilk. 26. Juni 1857. No. 26.)

Gallard: Haematocele periuterina.

Eine Dame im Alter von ungefähr 25 Jahren, die ein Mal im 6. Monat, das zweite Mal normal geboren hatte, befragte am 15. April *Huguier* wegen eines blutigen Ausflusses aus den Genitalien, weil sie sich im 2. Monat schwanger glaubte. Der Ausfluss dauerte fort, es stellte sich Abspannung ein und unter

wehenartigen Schmerzen wurde am 30. April mit Blutgerinseln eine Pseudomembran ausgestossen, welche *Dubois* für eine unvollendete hinfällige Haut, eine Anschwellung der Uterusschleimhaut, die hierauf abgestossen, erklärte, wie dies nach *Coste* bei heftigen Congestivzuständen, durch eine Art Apoplexie der Mucosa, unter dem Einfluss der menstruellen Thätigkeit zuweilen zu Stande kommen soll. *Cazeaux* sieht hierin auch zuweilen das Product einer verkümmerten Befruchtung.

Bei der Untersuchung fand man im hintern Scheidenblindsack eine runde, beim Druck schmerzhafte Geschwulst, die bis zum 6. Mai eine deutlich, namentlich durchs Rectum wahrnehmbare Fluctuation zeigte. Man entschied sich für eine Punction durch die Scheide, wodurch ungefähr ein Glas voll fäcal riechenden Blutes entleert wurde. Diese Punction verschaffte jedoch nur eine vorübergehende Erleichterung; die Oeffnung schloss sich sehr bald, die Geschwulst vergrösserte sich und der Leib wurde schmerzhaft, während der Tumor bis beinahe zum Nabel gefühlt werden konnte. Brechen, kleiner Puls, deutliche Fluctuation drängten zur Wiederholung der Punction, wodurch am 10. Mai mehr als ein Liter einer chocoladefarbenen höchst fötiden Flüssigkeit entleert wurde.

Um den Ausfluss zu erleichtern wurde die Canüle zurückgelassen, erst eine schwache Chlorlösung, dann aber Jodtinctur eingespritzt, wodurch bis zum 4. Juni vollständige Heilung erzielt wurde.

Vf. glaubt diese Haematocele, sowie mehrere andere der Art, als aus einer Extrauterinschwangerschaft entstanden ansehen zu müssen. Dies beweisen ihm die vorher auftretenden Schwangerschaftszeichen, namentlich aber die ausgestossene Pseudomembran.

Die Operation scheint ihm durch die auftretenden gefährlichen Symptome vollkommen gerechtfertigt. Durch die Scheide und nicht durchs Rectum wurde die Punction vorgenommen, weil bei letzterer von *Engelhard* (in Strassburg) Tod durch Pyämie beobachtet wurde.

(Gazette Hébd. 9. Octbr. 1857. No. 41.)

Vogler: Drei Geburtsfälle auf Sumatra.

Der erste Fall betrifft eine 30jährige Erstgebärende, bei welcher Vf. nur am Ende der 4. Per. 12 gr. Sec. corn. reichte, um den Austritt des Kopfes zu fördern. Die Nachgeburt blieb 4 Stunden zurück und wurde dann leicht entfernt. Das Wochenbett verlief ganz regelmässig, nur war beständige Neigung zur Verstopfung hervortretend, welche durch wiederholte Gaben von Ol. ricin. gehoben wurde. Diese Verstopfung trat am 23. Tage mit stärkeren Beschwerden auf, Tenesmus, beim Gehen und Stehen

dumpfer Druck und Schwere in der Gebärmutter. Da ein hyperämischer Zustand des Uterus vermuthet wurde, so wurden neben Ol. ricin. warme Einspritzungen verordnet. Es wurden harte Fäcalmassen entleert, gleichzeitig trat aber eine ziemlich heftige Blutung ein, die aber bedeutende Erleichterung hervorbrachte. Die innere Untersuchung zeigte den Uterus ganz normal gelagert und contrahirt. Gegen die Blutung wurden kalte Einspritzungen und Umschläge, Tinct. acid. arom., Secal. corn. ohne Erfolg angewendet, als jedoch durch zwei Klystiere sehr harte Fäces entfernt worden waren, nahm der Blutfluss schnell ab und verschwand nach 36 Stunden gänzlich, kehrte jedoch nach 4tägiger Obstruction unter denselben lästigen Erscheinungen wieder und wurde durch wiederholte Klystiere sofort dauernd gehoben. Es muss demnach diese Anhäufung harter Fäces als Ursache der hier auftretenden Hämorrhagie angesehen werden, indem sie einen mechanischen und consensuellen Reiz auf den Uterus ausübten und einen hyperämischen Zustand desselben bedingten, welchen die lauen Einspritzungen zur Hämorrhagie steigerten.

In einem 2. von Vf. behandelten Fall zeigten sich bei einer, während der Schwangerschaft schwächlichen, mit Krämpfen einzelner Muskelpartieen behafteten Frau, während der Geburt Zittern und krampfhafte Zuckungen der Hände, das sich zuweilen auch andern Körpertheilen mittheilte. Durch den Gebrauch von Chloroform wurde dieser Zustand jedoch beseitigt, die Geburt verlief noch ganz normal, doch 2 Stunden nachher trat eine Blutung auf, die jedoch durch Zimmttinctur und Borax beseitigt wurde.

Der 3. Fall betrifft eine Querlage, bei normalem Becken, der linke Arm und Nabelschnur vorliegend, die Wehen verschwunden, das Wasser abgegangen, war der Uterus fest um das an sich kleine Kind zusammengeschnürt.

Drei Wendungsversuche in verschiedener Lage der Gebärenden und unter Anwendung von Chloroform waren missglückt und die Gebärende hierauf ins Spital transportirt worden, dessen Chef, trotz der anscheinend sehr ungünstigen Verhältnisse sich dafür entschied, die Sache der Natur zu überlassen. Nach sechs Stunden hatte die Frau, ohne heftige Wehen, das Kind geboren. Der Geburtsmechanismus war der Beobachtung entgangen. Das Wochenbett verlief bis zum 16. Tage, wo die Frau entlassen wurde, normal.

(Medic. Zeit. Preuss. No. 26. 1. Juli. 1857.)

Vogler: **Embryotomie.**

Als einen Nachtrag zu den obigen Fällen giebt Verf. noch 5 andere schwierige Geburtsfälle, die ihn in die peinliche Lage versetzten, die Embryotomie vorzunehmen.

Einmal war so heftige Strictur des Uterus vorhanden, dass es nicht möglich war, nach Exarticulation des Schultergelenks, des Schlüsselbeins und einiger Rippen, die Brust- und Bauchhöhle zu entleeren und die Wendung vorzunehmen. Es wurde Opium und Nitrum in einer Emuls. ol. gegeben. Gegen Abend erfolgte die Selbstwendung des Kindes auf den Steiss. Die Mutter überstand eine ziemlich heftige Metritis.

In einem zweiten Fall gelang es, nach Exarticulation des Schultergelenks, Brust und Bauchhöhle zu entleeren und durch Ziehen an den Hauträndern die Schultern tiefer herabzuziehen, um welche eine Schnur gelegt und daran so gezogen wurde, dass man einen stumpfen Haken zwischen die Schenkel führen konnte, wodurch die Geburt vollendet wurde. Die Nachgeburt ging erst nach 2 Tagen ab. Die Wöchnerin genas.

In einem dritten Falle gelang die Wendung und Extraction des todten Kindes nach Anwendung von Chloroform.

In einem vierten Falle gelang es zwar einen Fuss herabzuholen, nicht aber zu extrahiren. Es trat Blutung ein. Durch Zerstückelung des Kindes ward die Geburt leicht beendet. Doch einige Stunden nachher starb die Entbundene.

Im fünften Falle war bei einer kräftigen zum sechsten Mal Gebärenden das Wasser bereits mehrere Tage abgeflossen, der Uterus sehr fest contrahirt, so dass die Wendung unausführbar war. Es wurde ein Arm nach dem andern exarticulirt und ein stumpfer Haken in die Brusthöhle gesetzt, deren Entleerung nicht gelang. Durch fortgesetzte Tractionen gelang es endlich mit der Hand den Bauch des Kindes zu fassen und so die untere Körperhälfte ins kleine Becken zu drängen, bis so der Rumpf entwickelt war, worauf auch der Kopf, wiewohl schwer zu Tage gefördert wurde. Die Nachgeburt wurde ebenfalls entfernt. Am 6. Tage starb die Wöchnerin an Metritis.

(Medic. Zeit. Preuss. No. 27. 8. Juli. 1857.)

Eulenberg: Die Ovariencysten.

Mit Bezug auf die bereits ref. Verhandlungen der pariser Akademie über Ovariencysten, wird folgender Fall einer glücklichen Operation mitgetheilt: Eine Frau von 60 Jahren, welche im 21. Jahre ein Mal geboren und seit dem 40. Jahre ihre stets sparsame Menstruation verloren hatte, bemerkte seit 30 Jahren ein Dickerwerden des Leibes und namentlich in den letzten 10 Jahren suchte sie öfter deshalb ärztliche Hülfe, ohne jemals die Geschwulst des Leibes zu verlieren. Im October 1856 war der Umfang desselben aufs höchste gestiegen und die Kranke durch vorhergebrauchte Abführmittel und Jodeinreibung auf den Leib sehr geschwächt. Fluctuation war überall deutlich zu fühlen, der

Percussionston überall matt. Der Zustand der Kranken drängte zur Punction, die eine Hand breit neben der Spin. ant. sup. oss. il. der linken Seite gemacht wurde. Es floss eine dickliche, bräunlichrothe Flüssigkeit aus, welche zwei grosse Eimer anfüllte. Je mehr der Leib zusammenfiel, desto deutlicher stellte sich jetzt die Kugelform der Cyste dar. Es wurde hierauf mehrmals lauwarmes Wasser eingespritzt und wieder entleert, um die Cyste gänzlich zu entleeren. Dann wurden 6 Unzen Jodtinctur mit Wasser im Verhältniss von 1:3 eingespritzt und sorgfältig wieder ausgedrückt. Hierauf folgte eine tiefe Ohnmacht.

Die Bauchbedeckungen waren jetzt so erschlafft, dass sie sich wie ein leerer Beutel anfühlten und die Cyste stellte sich in der Grösse einer Faust dar. Die Punctionswunde wurde mit Heftpflaster bedeckt und der Leib fest eingewickelt. Am folgenden Tage klagte die Kranke über heftiges Brennen in der Scheide. Die Urinblase war bis oberhalb des Schambeines ausgedehnt und wurde durch den Katheter entleert, worauf die Schmerzen schwanden. Die Cyste war wie vorher, schmerzlos. Feuchte Einwicklungen aller 2 Stunden wiederholt. Am 2. Tage wurde der Katheter wieder applicirt, die Cyste war um die Hälfte kleiner. Am 4. Tage floss der Urin von selbst und die Cyste war nicht mehr zu fühlen. Die Kranke trank Sinziger Wasser und brauchte noch 14 Tage lang die kalten Einwicklungen des Leibes und verliess nach 4 Wochen das Krankenzimmer. Der Cysteninhalt enthielt zerfallene Blutkörperchen, viele Epithelialplättchen und Colloidmasse. In der Hitze gerann die Flüssigkeit zu einer albuminösen Masse.

Die Cyste hat sich nach einem Jahre nicht wieder gebildet.

Eine 2. Beobachtung des Vf. gewinnt dadurch ein besonderes Interesse, dass eine Radicalheilung einer Ovariencyste durch den Druck der schwangern Gebärmutter zu Stande kam.

Eine 32jährige Dame, die von Kindheit an gekränkelt, an Chlorose gelitten, nie regelmässig menstruirt war und noch nicht geboren hatte, klagte in der letzten Zeit über einen heftigen Schmerz in der Gegend des rechten Ovarium. Sie war vielfach, aber fruchtlos ärztlich behandelt worden. Der Schmerz wurde 2 Zoll seitlich von der rechten Spin. ant. sup. oss. il. in allen Lagen ununterbrochen gefühlt und durch Druck in die Tiefe nach der Inguinalgegend, wobei man einen kugelförmigen, prallen Körper fühlt, sehr vermehrt.

Anfang Mai glaubte sie sich schwanger, ohne dass dies durch die Untersuchung genau constatirt werden konnte. Im Juni nahmen die Schmerzen zu und die Geschwulst liess sich deutlicher fühlen. Es wurden Blutegel und warme Umschläge mit einiger Linderung angewendet. Im Juli war die Geschwulst weniger deutlich, dagegen die Schmerzen heftiger und man konnte

jetzt die sich vergrössernde Gebärmutter fühlen. Ueber die Schwangerschaft konnte man nicht mehr in Zweifel sein, als namentlich im August deutliche Kindesbewegungen wahrgenommen wurden.

Mit der fortschreitenden Schwangerschaft wurde die Cyste immer undeutlicher zu fühlen, dagegen nahmen die Schmerzen an Unerträglichkeit zu, weshalb Kataplasmen, Blutegel, Morphium acet. wiederholt angewendet wurden. Die Schmerzen dauerten bis zum 12. Jan. 1857. Am 26. Jan. erfolgte die normale Geburt eines gut gebildeten Mädchens. Das Wochenbett verlief ebenfalls ganz normal und von der Cyste konnte keine Spur mehr entdeckt werden. Die Frau blieb auch später ganz gesund.

Dieser Fall ist noch dadurch merkwürdig, dass die Schwangerschaft 309 Tage dauerte, indem der Coitus in der Nacht vom 23. zum 24. März ausgeübt wurde, worauf der Mann 3 Monate abwesend war.

Das Neugeborne trug keine Zeichen der Ueberreife.

(Wiener medic. Wochenschr. No. 43. Oct. 1857.)

Silbert: Geburtsstörung in Folge von Beckenenge bei ungewöhnlich grossem Fötus nach verzögerter Schwangerschaft.

Auf Grund des von *Jacquemier* mitgetheilten Falles theilt *S.* eine ähnliche Beobachtung mit: Dr. *Goyrand* fand bei einer Zweitgebärenden, einem Mädchen von 25 Jahren, die vor einigen Jahren schon ein Mal glücklich geboren hatte, nach dem Abfluss des Fruchtwassers und vollständig erweitertem Muttermunde den Kopf sehr hoch stehend und trotz der kräftigsten Wehen nicht vorrückend. Die Zange wurde mehrere Male angelegt, aber selbst die kräftigsten Tractionen, welche abwechselnd auch von andern Geburtshelfern versucht wurden, vermochten den Kopf nicht weiter zu bewegen, obgleich beim starken Druck durch die Zange Gehirnmasse ausfloss. Man versuchte nun durch die Wendung zum Ziel zu kommen und holte erst einen und hierauf auch den zweiten Fuss herab, ohne jedoch die Drehung des Fötus bewirken zu können. Die Gebärende durch diese Versuche erschöpft, erlag einem Anfall von Eclampsie.

Bei der Section fand man den Fötus ungewöhnlich stark entwickelt, rigid und unbeugsam.

Die Gewichts- und Grössenverhältnisse desselben waren folgende: Gewicht, 17½ Pfund (7 Kilogr.); Grösse, 23 Zoll 8‴ (62 Cm.); Diam. sus. occipito-ment. 6″; occipito-front. 5″ 2‴; occipito-bregmat. 5″. Der biparietal. Durchmesser liess sich wegen des Zustandes des Kopfes in Folge des starken Druckes

mit der Zange nicht bestimmen. Umfang des Kopfes über Stirn und Hinterhaupt gemessen 14″ 2‴; Schulterbreite $6\frac{1}{2}$″; Umfang des obern Thoraxtheils mit den Armen 17″ 2‴. Gleichzeitig fanden sich sämmtliche Beckendurchmesser der Mutter kleiner: Conjugata: 3″ 4‴; Querdurchmesser $4\frac{1}{2}$″; schräge Durchmesser 4″ 2‴.

Nach glaubwürdiger Versicherung der Gebärenden hatte die Schwangerschaft 11 Monate gedauert. Am Ende des neunten und zehnten Monats hatten sich wiederholt Geburtswehen eingestellt, was auch durch die Hebamme bestätigt wurde.

(Gazette hébdom. No. 45. 6. Nov. 1857.).

James Paget: Ueber die mittlere Lebensdauer von Brustkrebskranken.

Obgleich Verf. anfangs der in the Lancet ausgesprochenen Behauptung beigepflichtet hatte, dass Brustkrebskranke die nicht operirt wurden, im Durchschnitt 15 Monate länger lebten, als solche, die operirt worden waren, so hat ihn doch eine genauere statistische Zusammenstellung von 139 Fällen vom Gegentheil überzeugt.

Denn in 75 Fällen, die ohne Operation verliefen, war die mittlere Lebensdauer vom ersten Auftreten der Krankheit an gerechnet, 48 Monate; dagegen in 64 Fällen, wo die Kranken die Operation überstanden, 52 Monate. Die längste Lebensdauer der ersten Kategorie war 216 Mon., die der zweiten 146, die kürzeste dieser $7\frac{1}{2}$, und jener, 7 Mon.

Die Zahl der Todten in jedem Jahre nach dem ersten Auftreten der Krankheit zeigt folgende Tabelle:

	Von 100 Operirten.	Von 100 Nichtoperirten.
Im 1. Jahre starben . .	4,7	8,9
„ 2. „ „ . . .	6,25	22,6
„ 3. „ „ . . .	21,8	24,0
„ 4. „ „ . . .	14,0	9,37
„ 5. „ „ . . .	20,0	7,3
„ 6. „ „ . . .	11,0	5,3
„ 7. „ „ . . .	9,37	9,37
„ 8. „ „ . . .	3,12	2,66
In den folgenden Jahren .	9,37	12,0.

(L'Union méd. No. 35. 21. März 1857 aus Lancet, 19. Jan. 1856 u. Edinb. med. journ. Oct. 1856.)

Nusser: Thrombus der grossen Schamlippe.

Vf. hatte Gelegenheit einen Thrombus der rechten Schamlippe zu beobachten, welche Krankheitsform zu den seltneren bei Schwangern gehört und auch hier, wie in den meisten Fällen traumatischen Ursprungs war. Eine 30jährige im 7. Monat Schwangere fiel von einem Sessel, worauf sie stand, mit Heftigkeit mit den äussern Genitalien gegen eine Ecke, worauf sie in der rechten Schamlippengegend einen heftigen brennenden Schmerz empfand und zusammensank. 20 Minuten später fand Vf. daselbst eine Geschwulst vom Umfang zweier Männerfäuste, blauroth, straff, gespannt, mässig warm, nur beim starken Druck etwas schmerzhaft, durch welche die rechte grosse Schamlippe, die angrenzende Schleimhaut der Scheide, dann die allgemeine Decke des rechten Oberschenkels und der rechten Hälfte des Perinäums in eine Kugel hervorgetrieben erschienen.

Im Uebrigen war das Befinden gut. Die nöthige Eröffnung wurde noch verschoben, um eine erneute Blutung des zerrissenen Gefässes zu verhüten und kalte Umschläge drei Tage hindurch gemacht, wodurch das Volumen der Geschwulst in Nichts verringert wurde. Hierauf wurde ein 3″ langer Einschnitt in dieselbe gemacht und mittels zweier Finger ein faust- und 3 eigrosse Coagula entfernt. Die Wunde wurde gereinigt und mit feuchten Leinwandlappen bedeckt. Am 3. Tage begann ein mässiger Eiterausfluss aus der sich verkleinernden Geschwulst und laue Fomente und Sitzbäder vollendeten nach 6 Wochen die Heilung. 8 Wochen 3 Tage später erfolgte eine normale Geburt. Varices der Schamlippen waren auch hier, wie es gewöhnlich beobachtet wird, nicht vorhanden.

(Oesterr. Ztschr. f. prakt. Heilk. No. 30. 24. Juli 1857.)

Nusser: Schädeleindruck, durch das Promontorium bewirkt.

Vf. wurde am 23. Jan. l. J. zu einer 43jährigen Gebärenden gerufen, die bereits 5 Mal künstlich entbunden worden war. Seit 5 Stunden war der Kopf nicht vorgerückt, derselbe mit dem Hinterhaupte dicht über dem Schambogen, nach dem stark gekrümmten Kreuzbein zu soviel Raum, dass man mit 2 Fingern hoch hinauf fühlen musste, um daselbst den Kopf zu erreichen. Die Gebärende befand sich in einem solchen Zustande, dass die Beendigung der Geburt nöthig erschien. Von Körper war dieselbe schwächlich mit einer starken Kyphose der obern Rückenwirbel mit entsprechender Lordose der Lendenwirbel, woran wahrscheinlich der Vorberg theilnahm und so den Eingang verengte. Die Anlegung der Zange gelang ohne Schwierigkeit und bei dem ersten Probezug trat der Kopf mit einem deutlichen

Ruck herab und wurde dann schnell durch die Wehen geboren. Das Kind war todt und zeigte in der Gegend des rechten Stirnbeinhöckers einen halbeiförmigen Knocheneindruck, welcher ohne Zweifel durch das Promontorium verursacht worden war.

(Oesterr. Ztschr. f. prakt. Heilk. No. 30. 24. Juli 1857.)

F. Weber: Ueber die Anwendung von Professor *Braun's* Kautschuktampon.

Vf. referirt uns über seine Erfahrungen, die er beim Gebrauch gen. Tampons gemacht hat und die ihn dieses Instrument als ein für den praktischen Geburtshelfer unentbehrliches kennen gelehrt haben. Es wird über 6 Fälle von Placenta praev. berichtet, bei denen er dasselbe grösstentheils mit gutem Erfolg anwendete, in einem Falle bedurfte es jedoch nachträglich noch des Ausfüllens der Scheide mit Charpiekugeln, um einen stärkern Reiz auf den Uterus auszuüben. Ferner leistete der Tampon gute Dienste bei Blutungen nach erfolgtem Abortus durch Zurückbleiben der Placenta; bei Eclampsie, um den Muttermund und das untere Segment zur bevorstehenden Operation vorzubereiten; als Mittel, die künstliche Frühgeburt einzuleiten.

Aus diesen seinen Erfahrungen schliesst Vf. nun:

1) Dass der Blasentampon von *Br.* ein unentbehrliches Instrument sei.

2) Vor seiner Anlegung ist stets der Mastdarm und die Blase zu entleeren.

3) Bei Blutungen muss das kalte Wasser, womit er gefüllt ist, öfter durch frisches ersetzt werden.

4) Wo laues Wasser angezeigt ist, d. i. bei der künstlichen Frühgeburt, Eclampsie, Querlagen, kann man auch kaltes einspritzen, weil es sehr bald lau wird.

5) Damit der Tampon, wenn er wegen Blutungen nach Abgang einer central aufsitzenden Placenta in das erschlaffte untere Uterin-Segment eingelegt wird, wenn er auch die Blutung sogleich stillt, nicht dadurch schädlich wird, dass er das erschlaffte Segment zu lange spannt und dadurch noch mehr erschlafft, so ist er nur nach und nach zu entleeren, so dass stets weniger Wasser eingespritzt wird als unmittelbar vorher herausgelassen wurde. Auf diese Art schmiegt sich das erschlaffte Segment dem immer kleiner werdenden Tampon an, bis es nach und nach auf sein normales Volumen kommt. Auf diese Weise könnte der Tampon auch bei Blutungen aus der entleerten Gebärmutter gebraucht werden, bei normalem Sitz der Placenta, nur müsste man dann Colpeurynther von verschiedener Grösse haben.

6) Bei Anregung der künstl. Frühgeburt hängt die Schnelligkeit seiner Wirkung ganz von der Individualität der Person ab.

7) Er wirkt auf dem Wege der Reflexbewegung.

8) Bei Eclampsie ist schwer zu entscheiden, ob der Tampon wirkt, da die Paroxismen ebenfalls Wehen hervorrufen.

9) Die Hervorrufung der Reflexbewegungen und die dadurch eintretenden Wehen und Eröffnung des Muttermundes einerseits, die Sistirung der Blutungen nach dem bekannten Vorgange andererseits sind die hervorragendsten Vorzüge des Tampons; die Erweichung des untern Segments ist weniger hoch anzuschlagen, ausser bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

(Wiener Medic. Wochenschr. 38. 19. Sept. 1857.)

Zimmermann: Ueber einen seltenen Fall von Entartung der Ovarien.

G. J., Witwe, 51 Jahre alt, die seit ihrem 18. Jahre die unter vielen Beschwerden eintretende Menstruation immer nur unregelmässig, mit vorausgehenden heftigen Schmerzen, qualitativ und quantitativ sehr variirend gehabt hatte, wurde nach ihrer Verheirathung im 29. Jahre, namentlich durch häufigere Blutungen heimgesucht. Nach einer schwierig verlaufenen Schwangerschaft und Geburt mit heftiger Hämorrhagie, gesellten sich nun zu den Menstruationsstörungen noch solche Anomalien der Digestion und Nutrition, dass die Kranke Hülfe im Hospital suchte.

Sie war höchst abgemagert, Haut gelb gefärbt, trocken, Puls beschleunigt, klein, rechts vorn von der fünften Rippe abwärts dumpfer Percussionston. Der Unterleib wie im 8. Schwangerschaftsmonat ausgedehnt mit dumpfem Percussionston. Der Milzton bis zur 7. Rippe sich erstreckend. Im obern Drittheile des Tumors Fluctuation. Unterleib gegen Druck stellenweise sehr empfindlich. Etwa 3 Querfinger breit über der Symphyse etwas nach rechts von der Linea alba eine runde, unbewegliche, harte 2″ grosse Geschwulst; von dieser fingerbreit nach oben und aussen eine ähnliche, kleinere Geschwulst. Per vaginam zeigt sich der Uterus höher stehend, der Hals verkürzt, hart; die Vagina im obern Theil verengert, mit reichlicher Secretion. Per anum gelangt man nur 2″ aufwärts, wegen Compression des Rectum und grosser Empfindlichkeit. Urinsecretion vermindert, Strangurie, Stuhl angehalten; Oedem des rechten Unterschenkels.

Die Diagnose wurde gestellt auf: Hydrovarium lateris dextri cum tumore fibroso uteri.

Der Tod trat am 3. Februar unter den Erscheinungen eines acuten Lungenödems ein.

Die Section zeigte im Gehirn zur rechten Seite des Türkensattels einen auf den Meningen aufsitzenden, haselnussgrossen Medullarkrebs. — Die rechte Lunge verwachsen, die linke frei; die obern Lappen derselben blutarm, die untern blutreich, acutes

Lungenödem. Das Zwerchfell nach oben gedrängt. Die Milz ums Doppelte vergrössert. — In der Becken- und Bauchhöhle ein dieselben ausfüllendes Aftergebilde, aus mehreren haselnuss- bis kürbisgrossen, derben, hökrigen Conglomeraten bestehend, die in fibröser Grundlage medullare Krebsmasse enthalten, namentlich in den grössern zahlreiche apoplektische und Entzündungsheerde. Ganz nach oben zeigte sich eine das Hypomesogastrium ausfüllende, bei 6 Pfund seröse, farblose Flüssigkeit enthaltende Cyste, kleinere fanden sich peripherisch gelegen zur Seite des fibrösen Gebildes. Dieses Afterproduct ging vom rechten Ovarium aus und stand mit dem Uterus im festen Zusammenhang; ein ähnliches, kleineres Gebilde ging vom linken Ovarium aus und war mit jenem durch lockeres Zellgewebe verbunden; in der Uterussubstanz, die blutarm und comprimirt war, fand sich am Scheitel ein wallnussgrosses, etwas nach rechts davon ein kleineres Fibroid. Die Vaginalportion hart, sonst normal; Harnblase zusammengezogen, leer.

(Wiener Medic. Wochenschr. No. 57. 12. Septbr. 1857.)

Cramoisy: Die Geschwüre des Gebärmutterhalses und ihre Behandlung.

Verf. hebt als ein bis jetzt wenig beachtetes Kriterium bei Beurtheilung der Uterus-Krankheiten das Vorkommen von Leptomiten hervor und nimmt zunächst nur Rücksicht auf die oberflächlichen Geschwüre, die immer nur eine Folge vorausgegangener chronischer Metritis sind. Um die Symptome und den Verlauf dieser Geschwüre klarer darzustellen, theilt er diesen krankhaften Zustand in 4 Stadien: 1) Das Stadium der Entzündung oder Congestion des ganzen Uterus, oder eines Theils desselben; 2) Stadium der Anschoppung; 3) Stadium des Katarrhs, oder der schleimigen Aussonderung und 4) das der Geschwürsbildung (Röthe, Erosionen, Granulationen etc.)

Ohne auf die einzelnen Stadien hier eingehen zu wollen, da sie schon von anderer Seite vielfach beschrieben worden sind, sei hier nur erwähnt, dass Vf. im 3. Stadium als charakteristisch das Vorkommen des Leptomitus hervorhebt, zu dessen Entwicklung durch die eigenthümliche Beschaffenheit des krankhaften Secrets hinreichend Veranlassung gegeben sei. Er betrachtet also diesen Pilz als eine Folge des Katarrhs und nicht wie andere als dessen Ursache.

Das Ganze lässt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

Die Phlegmasie des Uterus bedingt die totale oder partielle Metritis, diese die Anschoppungen dieses Organs, welche wieder den Katarrh herbeiführen.

Der Uterinalkatarrh verursacht durch seine Schärfe Röthung, Erosion, Granulation und Ulceration des Gebärmutterhalses, begünstigt die Entwicklung des Leptomitus, den wieder die Ansteckung verbreiten kann, und Ursache vieler Ausflüsse bei Männern wird.

Zur Heilung des Uebels wendet Vf. Acid. Arsen. mit Stärkemehl vermischt mit sicherm Erfolge an, indem dadurch die Parasiten zerstört und die Wunden zur Heilung gebracht werden.

(Gaz. des Hôpit. No. 88. 28. Jul. 1857.)

Trousseau: Bauchfellwassersucht, bedingt durch fibröse Tumoren des Uterus.

Eine 82jährige, kräftige Frau wurde am 5. Juni 1857 ins Hotel-Dieu aufgenommen. Stets regelmässig menstruirt, fühlte sie vor 2 Jahren in der Magengegend krampfartige Schmerzen und im Unterleibe ein Gefühl beträchtlicher Schwere. Dr. *Pillon* constatirte eine Senkung des Uterus und rieth Ruhe. Im ersten Jahre kamen diese Schmerzen abwechselnd, wurden aber im folgenden anhaltender und heftiger, der Leib gewann plötzlich an Umfang unter heftigen Fiebererscheinungen. Zwar schwanden diese Erscheinungen durch antiphlogistische Mittel wieder, doch gegen den Herbst zu wuchs der Umfang des Leibes wieder bedeutend, ohne dass das Allgemeinbefinden sehr gestört wurde. Anfang Januar entleerte Dr. *Moutard-Martin* durch die Paracenthese 10—12 Liters eines hellen Serum und entdeckte hierauf einen bedeutenden Tumor. Er stellte die Diagnose auf eine Ovariencyste. In kurzer Zeit nach dieser Behandlung erlangte der Leib wieder einen enormen Umfang, wodurch die Kr. sehr belästigt wurde, ohne dass sie sonst krank zu nennen wäre.

Am 9. Juni wurde die Punktion gemacht und 14 Liters gelblichen Serums entleert, worauf man deutlich in der Bauchhöhle zwei grosse Tumoren wahrnehmen konnte, den einen von der Grösse eines Kindskopfes, den andern faustgross, die beide bis zum Beckeneingang sich erstreckten und durch die Scheide deutlich zu fühlen waren. Sie fühlten sich uneben und sehr hart an. Hiernach musste die Diagnose auf fibröse Tumoren gestellt werden, die sich ausser der Gebärmutter entwickelt hatten und Veranlassung zu entzündlichen Zuständen des Peritonäums gaben als deren Product die Wasseransammlung daselbst angesehen werden muss. Beim Abgange der Kranken aus dem Hospital hatte die erneuerte Wasseransammlung bereits wieder begonnen.

(Gaz. des Hôpit. No. 89. 30. Jul. 1857.)

VI.

Literatur.

Das halisteretische Becken in seiner Weichheit und Dehnbarkeit während der Geburt durch neue Beobachtungen erläutert. Nebst allgemeinen Bemerkungen über Halisterese. Von *H. F. Kilian.* Bonn 1857 bei *A. Marcus.* 4. S. IV u. 107 mit 3 lith. Abbild. u. 1 Holzschn.

Wiederum tritt der thätige Verf. mit einer neuen Species kranker Becken an's Lehrpult, welche, sowie die „Acanthopelis", früher keineswegs unbekannt, aber nicht entschieden genug gekennzeichnet war. Wenn zwar dem Anfänger in der ohnehin dem Gedächtniss viel aufbürdenden Wissenschaft jede unnöthige Beschwerung mit Kunstausdrücken erspart werden sollte, so ist doch für die Eingeweihteren der neugeschaffene Name, zusammengesetzt aus ἅλις und στέρησις, als glücklich gewählt und bezeichnend, ein der Adoption nicht unwerther Ankömmling. Es handelt sich also um das weiche Becken und insbesondere um dessen Dehnbarkeit während der Geburt.

Mit Recht hebt der erfahrene Bonner Geburtsarzt hervor, dass dergleichen Becken häufiger vorkommen, als insgemeinhin angenommen wird, und warnt vor zu frühem und zu gewaltigem Eingreifen bei Frauen, deren Becken möglicherweise den andrängenden Kindestheilen nachgeben. Doch ist zu bemerken, dass schon *C. F. v. Froriep* und *Rosshirt*, gestützt auf die an später erweichten Becken gemachten Beobachtungen zu bedenken geben, dass blutige Eingriffe während der Entbindung erspart werden könnten, wenn der knöcherne Kanal die in Rede stehende Nachgiebigkeit besitzt.

Verf. knüpft seine Betrachtungen an eine im Jahre 1829 von ihm ausgegangene Beleuchtung des nämlichen Gegenstandes. Schon damals hatte er die Ueberzeugung gewonnen, dass Osteomalacie und Rhachitis nosologisch getrennt gehalten werden müssten, wenn sie gleich in einzelnen Ausnahmen ähnliche Verunstaltung des Skelettes zu Wege bringen; und in dieser neuesten Schrift schliesst er S. 22 mit den Worten ab: „die Verhandlungen verleihen in dieser schwierigen Streitfrage noch lange nicht das Recht, sie als zu dem Grade der Reife gediehen zu erachten, um darauf hin die Identität der Rhachitis und der Osteomalacie als erwiesen anzunehmen, vielmehr leiste man ebensowohl den Thatsachen, wie ihrer Verwerthung das vollste Genüge, wenn man sich mit Bestimmtheit für eine specifische Verschiedenheit derselben ausspreche." — Somit stimmt Vf. mit *Bruck* und *Virchow*, und befindet sich im Wiederspruche mit *Hohl*, welchem im Bestreben, beide Vorgänge zu vereinbaren, auch Ref. nicht sic

anschliessen konnte — und mit *Scanzoni*, dessen vier Punkten, welche das Gleiche beweisen sollen, Vf. folgende fünf entgegenstellt, durch die einer Verwechselung beider Beckenarten auch im Leben hinfort vorgebeugt werden solle: 1) erreiche nie beim rhachitischen Becken der Schambogen jenen Grad von Enge und Verbiegung, dass sich dessen beide Schenkel endlich vollständig berühren; 2) ereignen sich nie bei Osteomalacie die der ausgebildeten Rhachitis zugehörigen Grade von Lordose der Lendenwirbel; 3) komme ebensowenig am osteomal. Becken die bekannte rhachitische Drehung der Lendenwirbel um die Längenaxe des Rückgrates vor; 4) gehe dem rhachitischen Becken die von Osteomalacie erreichte Form und Ausdehnung der tiefen Darmbeinrinnen ab; 5) charakterisiren sich die rhachitischen Lendenwirbel durch die geringe Höhe in Folge des erlittenen Druckes, durch die an die Jugend erinnernden schlanken Körper und Fortsätze und durch die stärkere Convexität in der queren Richtung.

Vf. hat aber übersehen, dass schon *Virchow* ins Auge gefasst hat, wie in der Knochenerweichung nicht, wie in der englischen Krankheit, der Knorpel an der Verknöcherung verhindert wird, sondern schon fertige Knochensalze dem Gerüste entzogen werden, und dass sie in den Harn übergehen, hat schon *Solly* dargethan.

Ist auch das Ergebniss der über Knochenerweichung bisher gepflogenen Untersuchungen noch nicht spruchreif, so haben doch die letzteren schon einen Anhalt an der von *Kilian* zuerst betonten Annahme, zu welcher sich auch *Lehmann* in seiner physiologischen Chemie gedrungen fühlt: dass unter Osteomalacie zwei verschiedene Formen von (entzündlicher?) Knochenerkrankung begriffen werden. Verf. nennt die eine jetzt die wachsweiche (cerea, worüber er schon in Wien sprach — den Geburtshelfern wird der Ausdruck schon bei andern Schriftstellern erinnerlich sein), cohaerens, apsathyros; die andere die brüchige, psathyra (früher fracturosa). Nie gehe eine in die andere über, obschon die nicht brüchige Form durch Sklerosiren eine Art Naturheilung zulasse und dann an Biegsamkeit einbüsse. Nie aber werde sie brüchig; der Zusammenhang der weichen Knochenfasern gestatte im letzten Stadium weder eine Fractur noch selbst eine Knickung. Nur im Anfange komme Knickung an der äussern Knochenschale vor, ehe die Erweichung auch sie erfasst habe. — Als Belege für die wachsweiche Entwicklungsform in ihrer höchsten Stufe werden angeführt: 1) die bekannte *Anna Elisabeth Soupiot*, von welcher *Morand* 1752 erzählte, sie habe nie einen Knochenbruch erlitten, obwohl sie wiederholt zu Falle gekommen war. 2) *Elisabeth Foster*, an welcher *W. Cooper* den Kaiserschnitt vollzog. Endlich zwei Mittheilungen von *P. Frank*. Als Beispiele der brüchigen Form citirt Verf. die von *Renard* in Mainz geschilderte Frau und *Goodwin's* Kranke.

Das schnabelförmige Hervortreten der Schamfuge wird im

1. Stadium der Beckenerweichung vorbereitet, nicht jedoch durch Infraction der wagrechten Aeste der Schambeine, sondern durch „winkliches [soll wohl heissen winkliges] Hervortreten aus der Fläche." — Erst im 2. Stadium, wo der Knochen saftiger werde, gehe es in wahre Einknickung über. Im 3., dem Stadium der Durchtränkung mit röthlichem Brei, werde der Knochen schneidbar. Die 4. Stufe, wo das Becken ausdehnbar wird, ist schon von *B. Gooch* genau analysirt worden. Diagnostisch verwerthbar fand Vf. jedoch nur folgende 11 Fälle:

I. *Mary Ordway*, an welcher *Welchman* den *Leroy*'schen Schamfugenschnitt ausführte.

II. Die von *Barlow* 1794 entbundene Frau.

III. Eine Frau, in deren Becken sich *Ruf* mit der Hand einen Weg bahnte, wie *Weidmann* gewährleistet und durch ein ähnliches ihm vorgekommenes Beispiel weiter ausführt.

IV. Eine Frau, welche *Ritgen* durch den Eihautstich vor dem gesetzlichen Ende der Schwangerschaft entband (1830) und deren Sitzknorren vom Kindeskopf um volle 2 Zoll auseinander gedrängt wurden.

V. und VI. gehören *F. C. Naegele's* Memorabiliensammlung an und sind von *H. W. Spengel* beschrieben. Der eine Fall ereignete sich im Badenschen 1818 und wurde von *Hasslocher*, der andere in Mainz 1832 von *Homberger*, beide durch die Zange beendet.

VII. Durch dasselbe Instrument entband *Lange* 1840 die Frau *Hehn* im Nassauischen.

VIII. und IX. sind von *Kilian* selbst beobachtet worden. Frau *Prott* kam in der Hebammenanstalt zu Cöln 1855 mit einem lebenden Kinde ohne Kunsthülfe nieder, obgleich ihr Beckeneingang, bei 68 Pfund Körpergewicht, quer $3^1/_2$, die Höhle des kleinen Beckens nur 1″ 8‴ mass. — *Catharina Becker*, deren Sitzknorren $1^1/_2$″ auseinanderstanden, wurde 1856 zu Bonn vom Verf. mittels der Zange entbunden, wobei der knöcherne Kanal beträchtlich nachgab.

Der X. Fall ist von *Klaes*, die Geburt von der Hebamme *Gerstenberg* beobachtet und durch blossen Rath geleitet worden, da sich der Hebarzt wegen des etwa nöthig werdenden Kaiserschnittes Beistand aus Bonn herbeiholen wollte (1857). Der Querdurchmesser des Beckenausganges war bei dieser Frau vor der Niederkunft noch ungünstiger als bei No. VIII.

Das XI. Beispiel knüpft sich wegen der Aehnlichkeit der Beckenform als wie auch des Krankheitsverlaufes an das VIII. an; das Becken ist im Florenzer Museum von *Lambl* abgezeichnet und in Vf's. Texte als Holzschnitt aufgenommen worden.

An die Erzählung des 8. Falles knüpft *Kilian* Bemerkungen über die wächserne Biegsamkeit des an Knochensalzen verarmten Beckens und schaltet die chemischen Analysen ein, welche *O.*

Weber und *Boedeker* an verschiedenen Arten späterweichter Knochen, besonders von weiblichen Becken, angestellt haben. Bei der fragilen Osteomalacie stellte sich eine beträchtliche Abnahme des phosphorsauren Kalkes und der phosphorsauren Magnesia, fast gar keine des Kalkcarbonates, dagegen eine ungemeine Zunahme des Fettgehaltes heraus. Das biegsame Skelett eines in der Kindheit rhachitisch gewesenen 22jährigen Mädchens mit ausgesucht osteomalacischem Becken wog nur 1 Pfd. 22 Loth, und die das Knochenmark ersetzende, ziemlich dünnflüssige Gallerte reagirte sauer und enthielt nachweisbar milchsauren Kalk. Die Beckenknochen hatten wohl an phosphorsaurem Kalk, nicht aber an Magnesiaphosphat und mindestens nicht an kohlensaurem und flusssaurem Kalke abgenommen, an organischer Substanz (Glutin) gewonnen. — Es steht den beiden Forschern noch dahin, ob Säurebildung etwa von der Ernährungsflüssigkeit aus eine Rolle in der Entziehung von Knochensalzen spiele; wenigstens könne dieser Vorgang nicht alle Arten von Knochenerweichung treffen.

Von dem wachsweichen Becken des 8. Beispieles hat nun Verf. nicht nur zwei lithographirte Abbildungen — eine Ansicht von oben her und eine von vorn — beigegeben, sondern auch die mikroskopischen Bilder, welche auf seine Veranlassung *Lambl* entworfen hat. Dieser Forscher hat die früheren Angaben *Rokitansky's*, *Reinhard's* (s. medic.-chir. Encyklopädie von *Prosch* und *Ploss* I, S. 610 und II, 457—459) und *Virchow's* bestätigt und dahin vervollständigt, dass er zu der Ueberzeugung kam, der Knochen erfahre eine Rückbildung zu Bindegewebe, die Knochenkörperchen aber werden zu Vermittlern des Aufsaugungs- und Umwandlungsprocesses, dabei je nach den Texturverhältnissen des Grundgewebes bald aufgebläht, bald zu Spalten oder Ritzen ausgezogen und zusammengedrückt; ihr wichtigstes Schicksal aber ist die fettige Entartung. Die Markräume sind stark erweitert und mit einer von zum Theil ausgetretenem Blute getränkten fettreichen Masse erfüllt, die „an frische Granulationen" histologisch erinnert.

In einer Nachschrift bestätigt *O. Weber* das Schwinden der Strahlen der Knochenkörperchen und glaubt, dass die statt der Knochenkörperchen auftretenden kleinen Fetthöhlen auch zusammenfliessen und so grössere Höhlen bilden, woher das osteoporotische Aussehen kommt.

Verf. giebt noch in einem Rückblicke auf die gewonnenen Grundsätze den Rath, bei den der Osteomalacie verdächtigen Frauen vor und während der Geburt wiederholt die Beckenknochen auf ihre Widerstandsleistung zu untersuchen, weil bisweilen die Auflockerung und Durchfeuchtung der Genitalien zu dieser Zeit in wenigen Stunden die bis dahin starren Wände der Beckenenge erweiche.

C. Hennig.

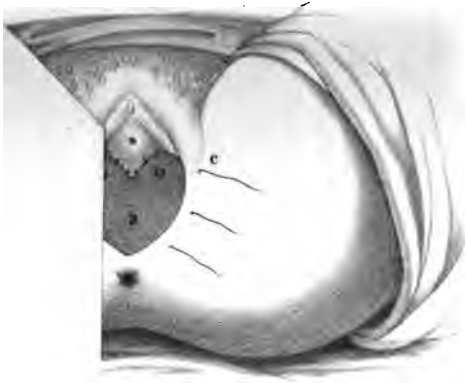


Fig. 1

Fig. 4

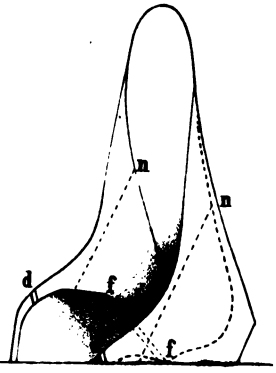


Fig. 5

VII.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin.

Sitzung vom 13. October 1857.

Der stellvertretende Vorsitzende, Herr *Wegscheider*, eröffnete die Sitzung mit Vorzeigung einer vom Medicinalrath Herrn *Eulenberg* in Coblenz der Gesellschaft eingesandten Schrift, über ein neues Hysterophor. Es wurde bemerkt, dass dasselbe schon längere Zeit in Berlin zu haben ist. Weitere Erfahrungen über seine Zweckmässigkeit lagen bis dahin noch nicht vor.

Herr *Krieger* zeigte ein Speculum von Gutta Percha vor, welches in seiner Peripherie verschiedene siebartige Durchbohrungen trägt, und zu medicamentösen Bädern der Scheide benutzt werden soll. Dasselbe ist für den Preis von 1 Thlr. bei *Schneider* in Berlin zu haben. Angeblich eine französische Erfindung, ist das Instrument in Deutschland schon lange bekannt, und früher meist aus Drahtgewebe verfertigt worden.

Herr *Klaproth* theilte dann folgende 2 Fälle von Hämorrhagien während der Geburt mit, die beide aus dem Gewebe der Scheide in der Nähe der Clitoris ihren Ursprung nahmen, auf Anwendung der gewöhnlichen styptischen Mittel nicht standen, und grosse Blutverluste zu Wege brachten.

1. Bei einer 26jährigen Erstgebärenden hatte sich das

Kind in 3. Hinterhauptslage zur Geburt gestellt, welche allmälig in die 2. überging. Nachdem die ersten zwei Geburtsperioden ungestört verlaufen waren, setzten die Wehen im Verlaufe der beiden andern ohne nachweisbaren Grund aus, und, nachdem man nach längerem Zuwarten Secale cornutum ohne Erfolg verabreicht hatte, musste, da dem Kinde Gefahr zu drohen begann, Mittags 1 Uhr zur Extraction desselben mittels der Zange geschritten werden. Es war diese Operation leicht, und sie förderte ein lebendes Kind zur Welt. Sogleich nach Beendigung der Geburt zeigte sich eine Hämorrhagie, welche nach Entfernung der Placenta, und nachdem die Gebärmutter sich gut contrahirt hatte, nicht stand. Kalte Injectionen fruchteten Nichts. Bei genauerer Inspection zeigte sich als Sitz der Blutung eine höchstens zweisilbergroschenstückgrosse Stelle der vordern Scheidenwand um die Harnröhrenmündung herum, nach vorne hin bis zur Clitoris reichend. Es war hier die Schleimhaut in der ganzen betreffenden Ausdehnung aufgeschürft, und gleichzeitig dadurch die oberflächliche Wand zweier Varices von mindestens Gänsefederkieldicke arrodirt worden, welche continuirlich eine beträchtliche Menge Bluts ergossen. Hier half nicht Kälte, Compression, Tamponade, selbst Tannin und verdünnte Eisenchloridlösung wurden vergeblich versucht, und ich musste zur Umstechung und Umschnürung der blutenden Gefässe schreiten. Alsdann ward noch der Vorsicht wegen zur gänzlichen Stillung der parenchymatösen Blutung auf jener ganzen, verhältnissmässig kleinen, der Schleimhaut beraubten Stelle, ein in Tannin gewälzter Charpie-Tampon mittels einer T-Binde gehörig befestigt. Die Blutung war ziemlich beträchtlich gewesen. Die Zeichen der Anämie, welche jedoch nicht allzu bedeutend gewesen waren, minderten sich noch im Laufe des Nachmittags, und Tags darauf war der Zustand der Wöchnerin durchaus befriedigend, bis dieselbe plötzlich am Abend, also 30 Stunden nach Beendigung der Geburt, von einer Perimetritis befallen wurde, welcher sie, unter dem Einflusse des zu jener Zeit in der Entbindungsanstalt herrschenden Puerperalfiebers, am 8. Tage des Wochenbetts erlag. Die Section ergab eine sehr intensive Peritonitis mit zahlreichen, in ihrer Organisation bereits weit vorgeschrittenen Pseudomembranen, Muskatnussleber,

acute diffuse Nephritis, den Uterus vergrössert, in seinem Gewebe abnorm brüchig, die rechte Tube zu einer muskatnussgrossen Eiterhöhle aufgebläht, Lymphangoitis an der linken hintern Wand des Uterus, Phlebitis der zwischen Blase und Scheidengewölbe gelegenen Plexus, und Phlebitis der oberflächlichen Venen an der rechten Wade. Eine genaue Messung des Beckens ergab sämmtliche Durchmesser desselben durchaus regelmässig gross.

2. Bei einer 25jährigen Erstgebärenden war ebenfalls die 3. Hinterhauptslage vorhanden gewesen, welche im Verlauf der Geburt in die 2. überging. Auch in diesem Falle traten in der 3. und 4. Geburtsperiode Störungen ein; es behielt namentlich, nachdem der Muttermund bereits längere Zeit lang vollständig eröffnet war, der Kopf immer noch eine Schiefstellung, so dass das nach vorne gerichtete linke Seitenwandbein tief herabstieg, und lange Zeit hindurch das linke Ohr dem Finger erreichbar blieb. Diese Schiefstellung ward durch den weiteren Geburtsverlauf erst allmälig beseitigt. Als darauf später der Kopf vor der Beckenenge in normaler 2. Hinterhauptslage stand, ward wegen Ermattung der Wehenthätigkeit Secale cornutum in zwei Dosen gereicht. Es verstärkten sich danach die Wehen, welche auch das Kind zu Tage gefördert hätten. Doch plötzlich trat eine Hämorrhagie ein, weshalb die Geburt künstlich beendet werden musste, weil ohnehin durch den längeren Geburtsverlauf Mutter und Kind bereits afficirt waren. Die Extraction des Kindes gelang durch zwei leichte Tractionen mit der Zange. Gleich darauf sah man, ganz wie im vorigen Falle, eine sehr lebhafte Hämorrhagie; es wurde ebenfalls die bereits gelöste Placenta entfernt, und auch in diesem Falle ergab sich als Sitz der Blutung eine aufgeschürfte Stelle der Scheidenschleimhaut von etwa Zweigroschenstückgrösse um die Harnröhrenmündung herum. Auch hier erwiesen sich alle andern Mittel und Methoden zur Stillung der Blutung als erfolglos, und es musste ebenfalls zur Umnähung und Umschnürung der ganzen blutenden Fläche geschritten werden. In der letzten Operation hatte mich noch Herr *Feiler*, der zufällig hinzukam, unterstützt, und war Zeuge von der Heftigkeit der Blutung gewesen. Am 4. Tage ward auch leider diese Wöchnerin von Peritonitis befallen,

und erlag derselben unter dem Einflusse des immer noch in der Anstalt herrschenden Puerperalfiebers am 11. Tage des Wochenbettes.

Die Section ergab einen ähnlichen Befund, wie im vorigen Falle, namentlich ebenfalls Lymphangoitis uteri und grosse Eiterdepots in den Tuben. Der genau gemessene Beckeneingang erwies sich in allen seinen Durchmessern etwas erweitert, der Beckenausgang normal.

Beide Personen waren gross und fett gewesen, beide mit starken Varicositäten an den untern Extremitäten behaftete Erstgebärende. Die Geburt war in einer Kopflage verlaufen, zufällig beide Mal in der 3. Hinterhauptslage, und es waren stets dynamische Störungen in der 3. und 4. Periode der Geburten dagewesen, und zuletzt hatten zufällig beide Entbindungen die Application der Zange erfordert. Die blutende Stelle war beide Mal entdeckt worden, nachdem man andere Stellen zuerst als die Blutung veranlassend beargwöhnt und untersucht hatte. Die Unmöglichkeit, die Blutung in diesen Fällen anders als durch Umstechung zu stillen, beruht wohl darauf, dass in der Gegend der Harnröhrenmündung die Schleimhaut mit ihrem sparsamen submucösen Gewebe so straff an die unterliegende Symphysis pubis geheftet ist, dass alle geborstenen Gefässe stets klaffen müssen und ganz unmöglich irgendwie zur Contraction gebracht werden können. Es ist aber eine Umstechung in dieser Gegend, wenn sie genau und sorgfältig vorgenommen werden soll, abgesehn von der Schmerzhaftigkeit der Operation, in der Rückenlage der Frau mit ausserordentlich grossen Schwierigkeiten verbunden, und muss stets auf dem Querbett geschehn. Eine blosse Unterbindung der blutenden Gefässe ist unmöglich; es ist eine Umstechung mit tief geführten Stichen erforderlich. In dem zweiten Falle hatte die Blutung, bereits vor Application der Zange begonnen, war sogar die Indication für die Operation gewesen, und war wohl veranlasst worden durch die starke Turgescenz der varicösen Gefässe in Folge der längeren Geburtsarbeit; in beiden Fällen aber hatte der Beckenausgang normale Durchmesser gehabt. Ich lasse es dahin gestellt, ob nicht durch eine frühzeitigere Application der Zange vielleicht in beiden Fällen die Blutung hätte verhindert werden können;

es hatte jedoch im sonstigen Verlaufe der Geburten weder von Seiten der Mutter noch des Kindes eine Indication dazu vorgelegen.

Beide Personen waren der zufällig herrschenden Seuche (am 8. und 11. Tage des Wochenbetts) zum Opfer gefallen; ich bin jedoch der Ansicht, dass in einem solchen Falle die Blutung allein, wenn sie nicht noch rechtzeitig entdeckt wird, zum Tode führen kann.

Von verschiedenen Seiten wurde hervorgehoben, dass analoge Fälle von Blutungen in früheren Sitzungen der Gesellschaft besprochen worden wären.

Herr *Klaproth* reihte daran die Mittheilung eines Geburtsfalles, wo die wegen Schulterlage indicirte Wendung durch das Vorhandensein einer grossen Anzahl Fibroide des Uterus bedeutend erschwert wurde.

Geburt aus einem mit zahlreichen Fibroiden behafteten Uterus. — Section.

Am Abend des 17. Septembers d. J. nahm die 38jährige Bäckergesellenfrau *G.* die Hülfe der Poliklinik bei ihrer dritten Entbindung in Anspruch. Es war dies eine brünette, magere Frau von mittlerer Grösse, blasser Gesichtsfarbe und kachectischem Aussehn. Sie behauptete, selten krank gewesen, zuerst in ihrem 22. Jahre menstruirt worden zu sein, und seitdem regelmässig alle 3 bis 4 Wochen während 6 bis 8 Tage profuse catameniale Blutungen gehabt zu haben. In ihrem 33. Lebensjahre verheirathete sie sich, ward bald schwanger, und gebar ziemlich leicht ein lebendes Kind, welches vollkommen ausgetragen gewesen war, und mehrere Monate gelebt hat. Im Beginn des Jahres 1856 gebar sie darauf wiederum ein ausgetragenes, noch jetzt lebendes Kind. Wegen Mangel an Milch hatte sie keines der beiden Kinder genährt. In den beiden Wochenbetten behauptete sie nicht erkrankt zu sein. Nach Verlauf des zweiten will sie zuerst eine hart sich anfühlende Stelle in der linken Seite des Unterleibes, in der hypogastrischen Gegend desselben bemerkt haben, über deren Grösse sie jedoch keine nähern Angaben machen kann; Schmerzen aber will sie in der Gegend dieser Geschwulst ebensowenig wie irgend wo sonst im Unterleibe jemals gefühlt haben.

Diesmal behauptete sie in der 38. Woche der Schwangerschaft zu sein, und sie kreiste am Abend des 17. Septembers ihrer Angabe nach bereits zweimal vierundzwanzig Stunden, nachdem weitere vierundzwanzig Stunden vor der ersten Wehe das Fruchtwasser ihr schleichend abzufliessen begonnen habe. Der am 17. Septbr., Abends 10 Uhr herbeigerufene Practikant der Entbindungs-Anstalt will zu dieser Zeit den Muttermund etwas mehr als zweithalerstückgross gefunden haben, und noch ziemlich hoch stehend einen runden Kindestheil, welcher sich später als Schulter herausstellte.

Hinzugerufen fand ich am 18. September, Morgens 1 Uhr die Kreissende von häufigen, starken Wehen befallen, im höchsten Grade unruhig, mit einem Pulse von 96 Schlägen in den Wehenpausen. Der Leib derselben war empfindlich bei der Berührung, beträchtlich und zwar etwas unregelmässig ausgedehnt, in der Art, dass man an verschiedenen Stellen kleine Kindestheile zu fühlen glauben konnte. Ueberall fühlte sich der Uterus hart und starr an, nirgends war eine weichere Stelle an ihm nachzuweisen, selbst nicht in den Wehenpausen. Herztöne waren ebenso wenig zu hören, als Kindesbewegungen objectiv nachzuweisen, obwohl die Kreissende behauptete dieselben zu empfinden. Bei der innern Untersuchung fand ich sogleich die linke Hand des Kindes in der Scheide, und die Schulter fest in den Beckeneingang eingekeilt, den Muttermund fast vollständig eröffnet. Es war daher mit der Vornahme der Wendung nicht länger zu zögern; die Kreissende ward auf das Querbett gebracht, und tief narkotisirt, zur Wendung die linke Hand erwählt. Bereits beim Eindringen mit der Hand stiess ich auf einen grossen Widerstand von Seiten des untern Gebärmutterabschnittes, von welchem meine Hand starr umklammert gehalten ward. Nach grosser Anstrengung gelang es erst so weit vorzudringen, dass eine Orientirung über die Lage des Kindes möglich wurde, und es zeigte sich jetzt der Kopf desselben in der hintern Hälfte der linken Mutterseite liegend, der Rumpf im zweiten schrägen Durchmesser verlaufend, und die Beine am Rumpfe des Kindes, folglich auch an der rechten vordern Bauchwand der Mutter anliegend. Mit sehr grosser Mühe war es nämlich nur gelungen bis zu einem Fusse des Kindes vorzudringen. Man hatte es also

mit einer 4. Schulterlage 2. Unterart zu thun. Der erreichte Fuss (es war der zunächst gelegene, linke) ward herabgeführt; jetzt aber stiess das Umwenden des Kindes auf enorme Schwierigkeiten, und erschien längere Zeit hindurch ganz unmöglich, indem der linke, in der Scheide befindliche Arm immer noch neben dem linken Fusse liegen blieb; erst nach Anschlingung des letzteren gelang es endlich, durch Anziehen an demselben und gleichzeitiges sanftes Emporheben der Schulter die Wendung zu bewerkstelligen. Trotz der tiefen Narkose der Frau waren dennoch mehrere starke und lange anhaltende Wehen während des mühevollen Wendungsactes zur Beobachtung gekommen; gleichzeitig auch hatte sich eine continuirliche Hämorrhagie eingestellt, welche nicht unbeträchtlich war, und zur schleunigen Vollendung der Entbindung aufforderte, während das inzwischen bis über den Nabel herab extrahirte Kind eine kühle und durchaus pulslose Nabelschnur bot, die weitere Geburt desselben daher sonst der Naturthätigkeit hätte überlassen werden können. Die Extraction des Kindes bot aber gleichfalls eine auffallende Schwierigkeit dar, und schliesslich gelang auch die Lösung der beiden gegen den Kopf emporgeschlagenen Arme nur mit grosser Mühe, während der Kopf leicht durch die untern Beckenaperturen hindurchschlüpfte.

Das Kind war todt, es war weiblichen Geschlechts, wohl gebildet und ziemlich ausgetragen, wog 6 Pfund und mass 18 Zoll. Ihm folgten jetzt mehrere grössere Blutcoagula und es dauerte überhaupt die Hämorrhagie in verstärktem Masse fort; ich schritt daher unverzüglich zur Lösung der Placenta. Der wiederum starr contrahirte innere Muttermund war nur mit Mühe zu forciren, er umschnürte auch fernerhin meinen Arm, so dass auch dieser letzte Act der Entbindung schwierig war; die im Fundus uteri inserirte, und an einer circumscripten Stelle von etwa Thalergrösse adhärente Placenta ward gelöst und herausgeleitet, worauf die Blutung sogleich stand. Es war jedoch dieselbe beträchtlich gewesen, und die inzwischen vollständig aus der Narkose zum Bewusstsein gekommene Frau war auffallend blass, zeigte einen kleinen, leeren, fadenförmigen Puls, ward von einem etwa 10 Minuten währenden Schüttelfrost befallen, gähnte darauf anhaltend, klagte über enorme Mattigkeit, und bezeugte grosse Sehnsucht nach Schlaf,

obwohl anhaltende Schmerzen im Unterleibe sie am Einschlafen verhinderten. Es wurden bei dieser Anaemie der Wöchnerin sogleich Analeptica gereicht, als Aether, Tokayer Wein u. s. w. in mässigen Gaben. Der Leib war äusserst empfindlich bei der Berührung; obwohl ich die Gewissheit von der Entleerung der Gebärmutterhöhle hatte, so zeigte sich doch der Uterus bis 1 Zoll oberhalb des Nabels ausgedehnt, gleichmässig hart, und von unregelmässiger kugliger Form, welche an einzelnen Stellen die Formen grosser Kindestheile vortäuschte. Die erste Muthmassung war demnach die, dass noch eine Frucht vorhanden wäre. Mit einer gewöhnlichen Zwillingsschwangerschaft konnte man es nicht zu thun haben, nachdem ich mich bei der Lösung der Placenta von der Leere der Gebärmutterhöhle zu überzeugen Gelegenheit gehabt hatte; eine Graviditas abdominalis konnte gleichfalls nicht vorliegen, da man nicht mit hinreichender Deutlichkeit Kindestheile durch die Bauchdecken hindurch unterscheiden konnte. Es blieben also noch folgende drei Möglichkeiten übrig:

1) eine noch vorhandene zweite Frucht in der andern Hälfte eines Uterus bilocularis oder bicornis, zu welchem der zugehörige Muttermund nicht aufgefunden war, oder

2) eine noch gleichzeitig bestehende Graviditas tubo-ovaria; oder endlich

3) die Anwesenheit von Geschwulstmassen, welche dem Uterus angehörten, und zwar alsdann am wahrscheinlichsten Fibroide desselben.

Gegen die Annahme einer Uterinschwangerschaft sprach namentlich die auffallend derbe und harte Beschaffenheit der vorliegenden Geschwulst. Nach der Richtung zu urtheilen, in der ich den Uterus noch bei der Lösung der Placenta durchwandert hatte, erschien auch überhaupt die Annahme von Geschwülsten der Gebärmutter die wahrscheinlichste, da ich in letztern nämlich in ziemlich gerader Richtung aufwärts vorgedrungen war. Dennoch liess sich die Diagnose des Falles nicht mit Sicherheit stellen, da der erschöpfte Zustand der Wöchnerin keine weitere genauere Untersuchung gestattete, namentlich aber eine Sondirung der Uterushöhle nicht passend erscheinen liess. In der That liess sich bald der Tod der Frau voraussehn, es sank die Pulsfrequenz nie wieder unter

120 Schläge, der Puls wurde immer kleiner und elender, nachdem er nur auf kurze Zeit sich wieder etwas gehoben hatte, die Zeichen gangränöser Endometritis und exsudativer Perimetritis und Peritonitis wurden immer deutlicher, namentlich nahmen die Schmerzen in den ersten vierundzwanzig Stunden beträchtlich zu, so dass selbst durch häufigere Gaben Morphium kein Schlaf erzielt werden konnte, die percussorische Dämpfung in den Inguinalgegenden nahm an Extensität zu, und es trat ein höchst übelriechender, missfarbiger Lochialfluss ein. So blieb der Zustand auch den folgenden Tag hindurch, und am 20. September traten Umnebelungen des Sensoriums, dyspnoetische Anfälle und blande Delirien ein, bis Mittags 2 Uhr, also sechszig Stunden nach der Entbindung, der Tod die Scene beschloss. Die Section ward gestattet, und an dem Abend desselben Tages von Herrn *Feiler* und mir in Anwesenheit des Practikanten gemacht. Der späten Abendzeit und anderer erschwerender Umstände wegen ward nur die Unterleibshöhle eröffnet. Sogleich ergoss sich das freie, theils flüssige, theils fibrinöse Peritonäalexsudat, dessen Quantität etwa $1\frac{1}{2}$ Quart betragen mochte, und gleichzeitig ward ein beträchtlicher Tumor uteri sichtbar, der bis oberhalb der Nabelhöhe hinaufreichte, und sich durch grosse Unregelmässigkeit seiner Gestalt auszeichnete, indem einzelne faustgrosse, mehr oder weniger harte Knollen an ihm hervorragten. Es ward der Uterus aus dem Leichnam zur näheren Besichtigung herausgenommen. Er wog (sammt einem kleinen Stück Scheide und Mastdarms) im frischen Zustande 8 Pfund 4 Loth, und mass in seinem grössten Breitenumfange $20\frac{1}{2}$ Zoll; an seiner vordern Fläche der Länge nach aufgeschnitten, mass seine an der hintern Wand, vom Rande des Os externum bis zur Innenfläche des Fundus gemessene Länge $8\frac{3}{4}$ Zoll. Als Sitz der Placenta erwies sich die rechte vordere Seite des Fundus. Auf der Aussenfläche des Gebärorgans bemerkte man sogleich mehrere erbsen- bis kirschengrosse subperitonäale Fibroide. Bei genauerer Untersuchung fanden sich jedoch, in das Parenchym des Uterus eingebettet, einige näher der Schleimhaut, andere näher dem Peritonäalüberzuge liegend, sechszehn einzelne grössere Fibroide von der Grösse einer Pflaume bis zu der eines mässig grossen Apfels. Diese

Geschwülste durchsetzten die Gebärmutter in ihrer ganzen Ausdehnung. Von den drei grössten fibrösen Geschwülsten lagen zwei innerhalb der Substanz der hintern Fläche des Uteruskörpers, die dritte innerhalb der linken Uteruswand, daselbst bis tief herab an den Cervicalkanal heranreichend. Auch mehrere andere kleinere Geschwülste waren im untern Uterinsegmente eingebettet. Die zwischen diesen Neubildungen befindliche Gebärmuttersubstanz selbst war an einzelnen Stellen atrophirt, an andern wiederum beträchtlich hypertrophirt; überhaupt war aber durch die Anwesenheit der Geschwülste eine Verschiedenheit in der Dicke der Gebärmutterwandungen von 9 Linien bis $4^1/_2$ Zoll gegeben.

Die am untern Uterinsegmente gelegenen Fibroide, sowie auch die beiden grössten Geschwülste, die in der hintern Wand des Uteruskörpers sich befanden, waren im Zustande mehr oder weniger vorgeschrittener Erweichung, während die am Fundus uteri vorhandenen Fibroide und auch die kleineren subperitonäal gelagerten Knollen die unveränderte gewöhnliche fibröse Structur zeigten. Die Schleimhaut der Gebärmutter zeigte sich an einzelnen Stellen nur als schmieriger, missfarbiger Belag der Innenfläche des Organs, während letztere an andern Stellen wie rein präparirt erschien. Im Muttermunde fand sich auf der rechten Seite ein anderthalb Zoll tiefer Einriss desselben. In den adnexen Organen zeigte sich nichts Abnormes; im linken Ovarium befand sich das Corpus luteum.

Es sind in dem vorliegenden Falle verschiedene Verhältnisse interessant. Wenn schon es zu bedauern ist, dass man keine genaueren Mittheilungen über das Verhalten und die Grösse der erkrankten Gebärmutter kurz vor dem Eintreten der letzten Schwangerschaft hatte erhalten können, so bleibt immerhin die Beobachtung interessant, dass eine derartig erkrankte Gebärmutter einer hinreichend gleichmässigen Ausdehnung fähig gewesen war und nicht bereits in den früheren Schwangerschaftsmonaten ein Absterben der Frucht bewirkt hatte. Auch ist die Resistenz des mit so zahlreichen Neubildungen durchsetzten Uterusgewebes beim Geburtsacte selbst zu bewundern, da die Gebärmutter selbst eine so schwere Wendung ausgehalten hatte, ohne zu bersten, während

sie doch so leicht von einem der breiig erweichten submukösen Knollen aus hätte einreissen können.

Wohl aber hätte in diesem Falle, bei etwa vorliegendem Kopfe, mit Hülfe der Zange vielleicht sogar ein lebendes Kind zu Tage gefördert werden können, obwohl nicht zu übersehn ist, dass die bis ins untere Uterinsegment sich erstreckenden dicken Knollen auch dem Eintritt des Kopfes ins kleine Becken bedeutende Hindernisse hätten bereiten können. Was aber den Geburtsmechanismus in unserm Falle betrifft, so war die Schwierigkeit der Wendung bei der durch die tief unten gelagerten Fibroide bewirkten bedeutenden Raumbeschränkung, und der gleichzeitig bereits weit vorgeschrittenen Contraction der Gebärmutter um das Kind, so beträchtlich, dass ich schon an die mögliche Nothwendigkeit der Kindeszerstückelung dachte.

Gerade die Schwierigkeit des Geburtsmechanismus aber erklärt wohl hauptsächlich das schnelle lethale Ende. *Scanzoni* hat (in *Kiwisch's* klin. Vorträgen Bd. I. 4. Auflage, S. 468) einen klinisch beobachteten Fall mitgetheilt, wo bei einem fast mannskopfgrossen Fibroide des Uterus, welches nach der normal verlaufenen Geburt am Fundus uteri beobachtet und diagnosticirt worden war, nicht nur die Mutter erhalten, sondern auch durch die puerperale Involution der Gebärmutter sogar Gelegenheit zur vollständigen Resorption des Fibroids gegeben worden war.

Zu den selteneren Exemplaren von Fibroiden zählt das vorliegende dadurch, dass sich die Geschwülste bis nahe an den Gebärmutterhals heraberstrecken. Die gleichzeitige Hypertrophie des Gebärmuttergewebes ist ebenfalls auffallend, denn an einzelnen Stellen beträgt die Dicke normaler Gebärmuttersubstanz 20 bis 24 Linien.

Die schon von *Kiwisch* erwähnte Thatsache, dass einzelne Fibroide während der Gravidität sich vollständig in einen blutigen Brei umwandeln, während benachbarte Knollen durchaus keine Veränderungen ihrer Structur zeigen, ist in diesem Falle ebenfalls ersichtlich gewesen.

Eines andern Falls von Uterusfibroid, welches gleichfalls bei einer Entbindung von mir beobachtet wurde, will ich hier noch kürzlich Erwähnung thun.

Frau *W.*, 38 Jahre alt, gross und kräftig gebaut, regel-

mässig und stark menstruirt, seit drittehalb Jahren verheirathet, an einer chronischen Lebergeschwulst leidend, über deren Entstehung sie Nichts anzugeben weiss, gebar im Juni dieses Jahres zum ersten Male. Das Kind hatte sich in einer Schulterlage zur Geburt gestellt, und ward letztere von mir durch die Wendung bewerkstelligt; ich war erst hinzugerufen worden, nachdem ein höchst unregelmässig pulsirendes Stück Nabelschnur bereits längere Zeit in der Vagina gelegen hatte, gleichzeitig mit einem Arme des Kindes; das Fruchtwasser war seit mehreren Stunden continuirlich abgeflossen. Das Kind kam todt. Die adhärente Placenta musste gelöst werden, und bei dieser Gelegenheit zeigte es sich schon, dass, obwohl die Placenta am Fundus uteri inserirt war, doch oberhalb dieser Stelle noch eine Geschwulst von beträchtlicher Dicke fühlbar war. Das Wochenbett verlief normal. Die Frau befindet sich noch in meiner Behandlung, da ein starker Fluor uterinus ihr lästig ist, und spätere Untersuchungen, auch Sondirungen des Uterus haben ergeben, dass eine Geschwulst, mit Wahrscheinlichkeit ein Fibroid, von mehr als Mannsfaustgrösse am obern linken Umfang der Gebärmutter aufsitzt. Das Wochenbett hat jedoch in diesem Falle keine augenscheinliche Veränderung in der Grösse der Geschwulst zu Stande gebracht.

Das Präparat des ersten Falles legte Herr *K.* der Gesellschaft vor, und von allen Seiten wurde anerkannt, dass eine derartige colossale Hypertrophirung der Uterussubstanz zu den grössten Seltenheiten gehören müsse; auch konnten die früher von *Mayer*, *Hoogeweg* u. s. w. der Gesellschaft mitgetheilten Fälle mit diesem nicht in Vergleich gebracht werden, da dieselben nicht mit dem Tode endeten.

Herr *Mayer* jun. erzählte, dass er in Wien einen Fall erlebt habe, wo die Schwangerschaft mit einem faustgrossen linkseitigen Uterusfibroide complicirt war. Die Geburt erfolgte jedoch auf natürliche Weise, und die Wöchnerin wurde gesund entlassen.

Herr *Ulrich* berichtete dann über einen aus einer eigenthümlichen localen Ursache lethalen Fall von Vomitus gravidarum.

Frau *Freudenberg*, 34 Jahre alt, war ihrer Angabe

nach früher stets gesund und regelmässig menstruirt gewesen und hatte bis zu ihrer am 1. April d. J. erfolgten Verheirathung keinen geschlechtlichen Umgang gehabt. Der nach dieser Zeit häufiger ausgeübte Coitus verursachte ihr jedesmal ein schmerzhaftes Gefühl im Unterleibe und liess sie sich deshalb nur mit Widerstreben zum geschlechtlichen Verkehr mit ihrem Manne herbei. Am 30. April traten die Menses in regelmässiger Weise ein; während des Monats Mai war das Allgemeinbefinden in jeder Beziehung ungestört; Ende Mai erschienen die Menses nicht; in den ersten Tagen des Juni stellte sich ohne anderweitiges Unwohlsein häufiges Erbrechen ein; anfangs wurde nur ein Theil der genossenen Nahrungsmittel ausgebrochen, sehr bald steigerte sich aber das Uebel dergestalt, dass Alles in den Magen Eingeführte, Speisen sowohl wie Getränke, sofort entleert wurde und nach völliger Entleerung des Magens längere Zeit hindurch ein quälendes Würgen andauerte; gleichzeitig stellten sich Schmerzen im Epigastrium ein, welche paroxysmenweise eine grosse Heftigkeit erreichten. Der zu Rathe gezogene Arzt verordnete Blutegel und Vesikatore auf das Epigastrium, die verschiedensten Antispasmodica und Narcotica, Alles ohne Erfolg; die Patientin magerte von Tage zu Tage mehr ab, und gerieth durch die fast anhaltenden qualvollen Beschwerden, welche ihr jegliche Nachtruhe raubten, in den höchsten Grad nervöser Aufregung. Sie entschloss sich nunmehr, am 8. Juli d. J. im St. Hedwigs-Krankenhause Hülfe zu suchen.

Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab Folgendes: Schwächlicher Körperbau, schlaffe Muskulatur, Schwund des Fettes im Unterhautzellgewebe, an der Stirnhaut mehrere thalergrosse durch vermehrte Pigmentablagerung bedingte braungelbe Flecke, der Puls klein und anhaltend beschleunigt, keinerlei nachweisbares Organleiden, bei leichtem Druck im Epigastrium, sowie in der Unterbauchgegend lebhafter Schmerz; bei der Exploration per vaginam fühlt man die Portio vaginal. nach hinten und links gegen die linke Kreuzdarmbeinfuge, so hoch, dass die hintere Lippe nur mit Mühe umgangen werden kann, der Muttermund ist rundlich, die Ränder glatt; der etwa um das Doppelte vergrösserte Körper des Uterus liegt, wie bei Gegendruck von der Unterbauchgegend leicht constatirt

werden kann, anteflectirt hinter dem rechten horizontalen Schambeinast; die Stelle der Umknickung kann vom vordern Scheidengewölbe aus deutlich gefühlt werden; die Brüste sind mässig geschwellt, der Brustwarzenhof abnorm bräunlich gefärbt. Die Menses sind seit Ende April nicht wieder eingetreten.

Die Patientin sass während der ersten Tage des Aufenthaltes im Krankenhause in vornübergebeugter Stellung im Bett, wurde von anhaltendem Würgen und Erbrechen gequält, alle genossenen Nahrungsmittel wurden sofort nach der Einführung entleert, bei leerem Magen wurden grosse Mengen zähen Schleimes ausgewürgt, längere Rückenlage ist unmöglich, in Folge dessen völlige Schlaflosigkeit, qualvoller Durst, hartnäckig zurückgehaltener Stuhl. Die Diagnose musste nach der Anamnese und dem Befunde auf Erbrechen in Folge von Schwangerschaft lauten; als ein wesentliches Moment zur Unterhaltung des Uebels wurde die falsche Richtung des Uterus angesehen, welche seine fernere Ausdehnung erschweren und einen abnormen Reizungszustand der Uterinnerven hervorrufen mochte, und somit zunächst die Reposition des dislocirten Uterus durch manuelle Eingriffe versucht; mehrere Versuche blieben jedoch völlig erfolglos und es wäre nun vielleicht bei der weit gediehenen Erschöpfung der Kräfte der Patientin sofort die Einleitung des künstlichen Abortus indicirt gewesen; ich wollte mich hierzu jedoch nicht entschliessen, bevor ich nicht selbst noch einen letzten Versuch mit den vielfach gerühmten innern Mitteln, besonders der in neuerer Zeit wiederholt empfohlenen Tinctura Jodi gemacht und mit dem Ehemann der Kranken Rücksprache genommen hatte. Das letztere Mittel wurde zu 3—4 Tropfen einige Male täglich verordnet. Schon nach 40 Stunden stellte sich bei der Kranken ein solcher Widerwillen gegen das Mittel ein, dass sie nur durch vieles Zureden auf kurze Zeit zum Fortgebrauch desselben bewogen werden konnte. Als Alles wirkungslos war, wurde am 24. Juli mit Einwilligung des Ehemanns der Kranken zur Einführung der Uterussonde geschritten, aber weder der erste noch der zweite einige Tage später unternommene Versuch hatte Erfolg. Theils wegen der Unruhe und Unfügsamkeit der Patientin, theils wegen des hohen Standes der Portio vaginal. war ich ausser Stande, die letztere

genügend zu fixiren, um die Sonde in den engen Muttermund hinein zu bringen. Einen dritten Versuch machte ich am 31. Juli in Gemeinschaft mit Herrn Dr. *Brandt* und gelang es diesem, die Sonde wenigstens bis zum Knopf einzuführen; weiter vorzudringen war, wenn man sich nicht der Gefahr einer Verletzung der Kranken aussetzen wollte, völlig unmöglich. Leider war zu dieser Zeit die Abnahme der Kräfte der Kranken bereits so weit vorgeschritten, dass selbst für den Fall einer stattfindenden Entleerung des Uterus ein ungünstiger Ausgang mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten stand. Bis zum 2. August trat keinerlei Veränderung in dem Befinden der Kranken ein, dann cessirte plötzlich das Erbrechen, während sich gleichzeitig eine Störung der Intelligenz bemerkbar machte, leichte Delirien wechselten mit tiefem Sopor ab, die Pupillen wurden weit und starr, und es trat beiderseitiger Strabismus convergens ein, bedingt durch Lähmung der Musc. rect. extern. Patientin vermochte während einzelner lichter Augenblicke die Bulbi nicht über die Mittellinie hinaus zu bewegen. Am 4. August erfolgte der Tod; eine Untersuchung per vaginam war nach der letzten Anwendung der Sonde nicht mehr vorgenommen worden.

Beim Auflegen der Leiche auf den Sectionstisch 24 Stunden post mort. fiel der Fötus aus den Geschlechtstheilen, die Placenta lag im Muttermunde und wurde durch leichten Zug an der Nabelschnur herausbefördert. Die Section ergab Folgendes:

Höchster Grad der Abmagerung, an der Oberfläche der Hemisphären unter der Arachnoidea eine geringe Menge gallertig serösen Exsudats, Blutleiter leer, die Substanz des Gehirns ausserordentlich anämisch, — an der Basis des Gehirns, besonders längs des Verlaufes der Nerv. abducent. nichts Abnormes nachweisbar, Brustorgane normal, die Lungen auffallend trocken, das Herz klein und fest contrahirt, am Tractus intestinal., an der Leber, Milz, Nieren keine pathologische Veränderung, der beträchtlich vergrösserte Körper und Grund des Uterus liegt unmittelbar hinter dem rechten horizontalen Ast des Schambeins, in einem nahezu rechten Winkel anteflectirt, die Länge des Uterus beträgt $5\frac{1}{4}''$; bis zur Stelle der Einknickung gemessen 3 Zoll; im untern Theil sind die Wandungen schlaff, im obern beträchtlich verdickt und fest. Nach Eröffnung der Uterushöhle ergiebt sich, dass die Placenta allein

in dem untersten Abschnitt ihren Sitz gehabt und dieser auch allein den Fötus beherbergt hatte. Im dem jenseits der Umbiegungsstelle gelegenen obern Abschnitt des Uterus ist eine freie Höhle nicht vorhanden, der geringe Zwischenraum zwischen den starren Wandungen ist durch eine den letztern fest adhärirende placentaartige Masse ausgefüllt.

Der Fötus hatte eine Länge von 5″, die Länge der Nabelschnur betrug $6\frac{1}{2}$″.

Die Schwangerschaft war somit bis gegen das Ende des 4. Monats vorgeschritten und es muss angenommen werden, dass nach erfolgter Conception noch einmal die Menses eingetreten waren. — In wie weit die oben ausgesprochene Vermuthung, dass in dem vorliegenden Falle die Umknickung des Uterus und das hieraus für die regelmässige Ausdehnung desselben erwachsende Hinderniss auf das hartnäckige Erbrechen der Schwangern von Einfluss gewesen, begründet ist, lasse ich dahingestellt, da mir anderweitige analoge Beobachtungen nicht bekannt sind*), vielmehr in den meisten Fällen von Vomitus gravidarum die Section ein negatives Resultat ergeben hat; ein Grund für die Richtigkeit dieser Vermuthung dürfte vielleicht darin zu suchen sein, dass das Erbrechen in dem vorliegenden Falle zuerst gegen das Ende des zweiten Schwangerschaftsmonates aufgetreten ist, somit zu einer Zeit, wo das Gewebe des untern Theiles der Gebärmutter, welcher allein den Raum für den sich mehr und mehr entwickelnden Fötus hergeben musste, allerdings einer ungewöhnlichen Zerrung unterlag, während doch, so viel mir bekannt ist, den meisten Beobachtungen zufolge, das Erbrechen alsbald nach stattgehabter Conception sich zu entwickeln pflegt.

Auch hier wurde daran erinnert, dass das Thema über die heftigen Formen des Erbrechens bei Schwangern in der Gesellschaft schon öfter besprochen und durch Fälle erläutert

*) Wir erinnern hier an eine Beobachtung von *Briau* (Moniteur des hôpitaux No. 86, 1856 und Gaz. des hôpitaux No. 85, 1856; auch Monatsschrift f. Gbtk. Bd. 8, Heft 4, S. 284) wo die Einklemmung des Grundes einer im 3. Monate schwangeren, rückwärtsgebeugten Gebärmutter die Ursache eines sehr hartnäckigen Erbrechens abgab, welches erst und zwar sofort nach der Reposition gestillt wurde. D. Red.

worden sei, ohne dass man im Stande gewesen wäre, den so sehr schwierigen operativ-therapeutischen Theil der Frage, betreffend die Einleitung des künstlichen Abortus, zu einem genügenden Abschluss zu bringen.

Herr *Krieger* knüpfte an diese locale Ursache des Vomitus an, und theilte mit, dass er vor Kurzem zu einer im zweiten Monat einer wiederholten Schwangerschaft befindlichen Frau gerufen worden, die über Athembeschwerden, Schmerzen im Unterleibe, Frösteln klagte, und einen kleinen Puls, kalte Extremitäten darbot. Bei der Exploration der Generationsorgane fand Herr *K.* auf dem hinteren Scheidengewölbe einen rundlichen Körper, der nur für den umgebogenen Fundus uteri gehalten werden konnte, und nach dessen Reposition alle krankhaften Erscheinungen sofort verschwanden. Es trat nachher noch ein leichtes Recidiv ein, aber durch Bauchlage, feste Binde und sonstige Vorsichtsmassregeln hoffte Herr *K.* die Schwangere über diese gefährliche Periode glücklich hinüberzuleiten.

Herr *Ulrich* wies zur Bestätigung dieses Abhängigkeitsverhältnisses allgemeiner Erscheinungen von localen Vorgängen in den weiblichen Sexualorganen auf verschiedene Fälle von entzündlichen Anschwellungen des Uterus und entzündlichen Retroflexionen desselben hin, wo durch Application von Blutegeln das Heer der Allgemeinerscheinungen oft überraschend schnell bekämpft wird.

Herr *Ulrich* ging dann über zu der Mittheilung des folgenden Falles von Geschwulst im kleinen Becken, welche er glücklich reponirte.

Frl. *Fr.*, 45 Jahre alt, eine kräftig gebaute muskulöse Blondine, war früher stets gesund und regelmässig menstruirt; geschlechtlicher Umgang hatte niemals stattgefunden, in dem letzten Jahre allmälige Verminderung der Menstruation ohne Störung des Allgemeinbefindens; seit 3—4 Monaten bemerkte Patientin dann und wann ein leichtes Hinderniss bei der Urinentleerung, der Urin floss erst nach einigem Drängen und langsamer als früher ab, ohne dass darauf weiterer Werth gelegt wurde. Am 7. Mai trat plötzlich ohne besondere vorhergegangene Ursache eine völlige Retentio urinae ein, zu dem heftigen Urindrang gesellten sich lebhafte Schmerzen in der

Unterbauchgegend, es wurden vergebens warme Umschläge gemacht und erst am 2. Tage die enorm ausgedehnte Blase durch den Katheter entleert. Der freie Urinabfluss stellte sich in den nächsten Tagen nicht wieder ein, weshalb von Zeit zu Zeit der Katheter applicirt wurde, aber des nach jeder Entleerung der Blase auftretenden heftigen Blasenkrampfes wegen freilich nur selten. Der Urin wurde allmälig blutig und dickschleimig, bis sich nach Verlauf von etwa 8 Tagen eine heftige Dysurie, bei welcher in Zwischenräumen von ein paar Minuten unter lebhaftem Schmerz einige Tropfen blutigen schleimigen Urins entleert wurden, entwickelte. Die Fäces waren anhaltend zurückgehalten und mussten theils durch Laxant., theils durch Lavements entleert werden. Am 21. Mai liess sich Patientin ins St. Hedwigs-Krankenhaus aufnehmen. Das Allgemeinbefinden war in Folge der anhaltend schlaflosen Nächte nicht unerheblich gestört, völliger Appetitmangel, heftiger Durst, beschleunigter Puls etc., Abdomen beträchtlich aufgetrieben, die Unterbauchgegend bei tieferm Druck schmerzhaft, in der linken Iliacalgegend bis zur Mittellinie ein fester Tumor, die Blase mässig ausgedehnt, hinter der Symphysis oss. pub. fühlbar.

Die Exploratio per vaginam ergab Folgendes: Schambogen sehr verengt, ebenso der Ausgang des kleinen Beckens, enge Schamspalte und Scheide. Gleich hinter dem Scheideneingange stösst der Finger auf eine harte, feste Masse, welche die Höhle des kleinen Beckens ganz ausfüllt und deshalb nach keiner Seite mit dem Finger umgangen werden kann. Die vergrösserte Portio vaginalis mit dem kleinen scharfrandigen Muttermunde wird nur mit Mühe oberhalb der Symphysis oss. pubis nach vorn gerichtet entdeckt. Die obere Grenze der Geschwulst fühlt man bei der Untersuchung der Unterbauchgegend; bei mässig festem Andrücken kann dieselbe ebenso wenig aus ihrer Lage gebracht, als die Portio vaginalis nach abwärts gezogen werden. Die Wandungen des Rectum sind zusammengedrückt; der in dasselbe eingeführte Finger kann die Geschwulstmasse nach keiner Seite hin umgehen. Von allen Seiten fühlt sie sich fest und derb, wie ein hartes Fibroid an; die Grösse derselben kommt einer ungefähren Schätzung nach, der des Kopfes eines ausgetragenen Kindes

gleich. Die Blase wurde durch den Katheter leicht entleert; die Einführung war schwieriger als gewöhnlich, weil auch die Urethra erheblich comprimirt wurde. Der abgelassene Urin war dick, schleimig und blutig gefärbt; sobald derselbe abzufliessen begann, trat ein unerträglicher zusammenziehender Schmerz auf, der erst einige Minuten nachher nachliess, um bei jeder spontanen Urinentleerung von neuem, wenngleich in geringerer Heftigkeit, wiederzukehren. Die Diagnose musste in Bezug auf den Sitz der vorliegenden Geschwulst zweifelhaft gestellt werden. Dieselbe konnte der hintern Wand des Uterus, dem linken Eierstocke oder dem Ligamentum uteri latum angehören. Dagegen liess sich mit Sicherheit annehmen, dass dieselbe schon seit längerer Zeit vorhanden, nur durch Herabsinken und Einklemmung im kleinen Becken die beunruhigenden Erscheinungen hervorgerufen hatte; demnach war von einer Reposition derselben allein Heil zu erwarten. Nachdem durch Application von Blutegeln in die Unterbauchgegend, warme Bäder, öftere Injectionen von lauwarmen Wasser in die Blase, welche letzteren augenblicklich, freilich immer nur auf kurze Zeit, jedes Schmerzgefühl beseitigten, der Reizungszustand der Blase gemindert war, wurden vom Mastdarm aus Repositionsversuche gemacht; alle Bemühungen jedoch waren anfangs vergebens; mit der grössten Kraftanstrengung gelang es mir zwar, die Geschwulst um ein Weniges zu erheben, sobald der Finger zurückgezogen wurde, nahm sie, wahrscheinlich in Folge des Druckes der krampfhaft zusammengezogenen Bauchmuskeln, ihren alten Platz ein. Die Schmerzen, welche die Patientin hierbei erlitt, waren nicht übermässig; ebenso erfolglos waren wiederholte Versuche, die Geschwulst von der Scheide aus zu reponiren. Unter diesen Umständen blieb nur übrig, die Patientin bis zur völligen Muskelerschlaffung zu narkotisiren, so ungern ich auch darauf verzichtete, in den Schmerzempfindungen derselben einen Massstab für die aufzuwendende Kraft zu haben; nach anstrengender Arbeit von mehreren Minuten Dauer fing die Geschwulst an zu weichen und es gelang nun rasch, sie bis über das Promontorium zu erheben; sofort trat die Portio vaginalis in die Führungslinie. Nach dem Erwachen aus der Narkose keine Schmerzen. In der folgenden Nacht, 6—8 Stunden nach der Reposition, trat

plötzlich ein Schmerzensanfall von noch nicht dagewesener Heftigkeit auf, gegen welchen jedoch ein ½ stündiges warmes Bad eine auffallend rasche beruhigende Wirkung äusserte; von jetzt ab nahm die Dysurie gleichmässig ab; der Urin wurde klar, konnte 1, 2, nach 14 Tagen 4—5 Stunden zurückgehalten werden und es blieb nur eine geringe Andeutung von Schmerz bei der Entleerung zurück. Der Tumor war nunmehr deutlich in der linken Regio iliaca zu fühlen und nach oben, sowie nach beiden Seiten zu begränzen. Vom Scheidengewölbe aus vermochte ich ihn nur mit Mühe zu erreichen. Während einer weitern 4wöchentlichen Beobachtung behielt er selbst bei andauernder Körperbewegung seine Lage und schien sich unter dem Gebrauche des Krankenheiler Jodsodawassers zu verkleinern.

Herr *Kaufmann* erwähnte, dass er in einem Falle, wo Einklemmungserscheinungen, besonders Urinverhaltung, aber auch Hämorrhagien durch das Herabtreten eines Uterusfibroides in das kleine Becken gesetzt wurden, durch Reposition desselben immer vorübergehende Besserung erzielt habe.

Am Schlusse der Sitzung wurden noch einige seltnere Fälle von Zwillingsgeburten zur Sprache gebracht; so hatte Herr *Krieger* einen Fall gehabt, wo das eine Kind vollständig in den Eihäuten geboren war, und die Nabelschnur desselben einen wahren Knoten zeigte; Herr *Simon* einen Fall, wo 24 Stunden nach der Geburt des ersten, ausgetragenen Kindes, ein 4monatlicher, abgestorbener Fötus zu Tage kam; Herr *Mayer* jun. hatte Zwillinge beobachtet, die in gemeinsamen Eihüllen befindlich, zuerst sich lebhaft bewegt hatten, plötzlich aber ganz still geworden waren. Nach ihrer Ausstossung zeigte es sich, dass die Nabelschnüre unter einander verflochten waren, die Kinder sich also gegenseitig strangulirt hatten.

Sitzung vom 22. October 1857.

Herr *L. Mayer* jun. unterwarf in einem Vortrage die verschiedenen Indicationen, welche in den Lehrbüchern für Erregung des künstlichen Abortus auf-

gestellt worden, einer eingehenden Betrachtung. Zunächst erwähnte er, dass die Vornahme des künstlichen Abortus unter Umständen sehr übele Folgen haben könne, ohne dass sie die gehörige Sicherheit für einen günstigen Ausgang darböte, und erläuterte dies an einem von ihm erlebten Falle, wo bei einer Mehrgeschwängerten am Ende des 4. Monats wegen Eintritts von Schüttelfrösten, wehenartigen Schmerzen und fieberhaften Erscheinungen, der Eihautstich gemacht worden war, und wo dann, nachdem sehr bald Fötus und Nabelschnur abgegangen, der Uterus sich vollständig unkräftig erwies, die übrigen Fruchtreste auszustossen; dieselben mussten vielmehr, weil der Zustand der Frau sehr bedenklich geworden war, 15 Tage nach dem Eihautstiche durch eine mühsame Procedur entfernt werden, wonach die Frau sich nicht wieder erholte, sondern rasch in Tuberculose der Lungen und des Darms verfiel. Herr *Mayer* glaubte, dass man hier, da die Frau zwei Mal leicht abortirt hatte, besser gethan hätte, den Abortus zu unterlassen.

Folgende Indicationen sind nach der Ansicht des Herrn *Mayer* festzuhalten:

1) Die äussersten Grade der Beckenverengerung.

Hiergegen wurde von einigen Mitgliedern der Gesellschaft erwiedert, dass diese Anzeige wesentlich aus den überaus ungünstigen Resultaten des Kaiserschnitts hervorgegangen sei, dass diese letzteren aber in neuester Zeit, wenigstens in Deutschland, in Folge besonders von sorgfältigerer Nachbehandlung sich als besser herausgestellt hätten; deshalb könne man dieser Methode nicht so unbedingt den Vorzug geben; jedenfalls müsse man hier, wie überhaupt in jedem Falle nach dem Vorschlage der Franzosen darauf bedacht sein, durch ein Consilium von Aerzten sich dem Staate gegenüber, der den künstlichen Abortus nicht anerkennt, sicher zu stellen.

2) Hochgradige Verengerungen der Vagina, die angeboren oder durch Narbenbildung erst entstanden sein können.

Diese Anzeige fand einen ziemlich allgemeinen Widerspruch; es wurde von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, eine wie ausserordentliche Dehnungsfähigkeit der verengerten Theile sich während der Geburt entwickele, dass in Folge dessen oft Hindernisse überwunden würden, die als unbesieg-

bar angesehn worden wären, und man war der Ansicht, dass die Verengungen der Scheide, die überhaupt noch eine Conception zulassen, wohl kaum dem Bereiche des künstlichen Abortus zuzuwenden seien.

3) Bedeutende Tumoren im Rectum und in der Vagina.

4) Die Retroversio uteri, wenn die Reposition nicht glückt, und heftige Einklemmungserscheinungen entstehn. Hiergegen fand kein Einspruch statt.

Die übrigen Indicationen zur Einleitung des künstlichen Abortus wollte Herr *Mayer* nicht gelten lassen, als da sind:

1) Descensus und Prolapsus uteri. Er hob hervor, dass es allerdings Fälle geben könne, wo der prolabirte Uterus in der Schwangerschaft nicht in die Höhe steigt, wie es gewöhnlich statt fände, dass aber hier immer durch Reposition und Anlegung eines Hysterophors abgeholfen werden könne. Zur Bestätigung erzählte er einen Fall, wo er bei einer Frau, die mehrere Male schwer geboren, und einen Prolapsus uteri davongetragen habe, in der 4. Schwangerschaft, wo die Beschwerden besonders lästig waren, das Tragen des *Zwanck*'schen Hysterophors angerathen. Dasselbe wurde sehr gut vertragen, und beinahe bis zum Ende der Schwangerschaft beibehalten; während sie ohne dasselbe kaum zu gehen im Stande war, machte sie mit demselben viele Spaziergänge.

Der mitgetheilte Fall gab Herrn *Wegscheider* Veranlassung, auf das seiner Ansicht nach Bedenkliche einer derartigen mechanischen Unterstützung des schwangeren Uterus aufmerksam zu machen; wenn hierdurch in dem genannten Falle Abhülfe geschafft worden wäre, so lägen doch gegentheilig Beispiele vor, wo grade durch den von Pessarien ausgeübten Reiz nicht Erhaltung, sondern Unterbrechung der Schwangerschaft bewirkt worden wäre.

Dagegen erwiederte Herr *Mayer*, dass namentlich durch das *Zwanck*'sche Hysterophor ein eigentlicher Reiz an keiner Stelle, namentlich aber nicht auf den Uterus gesetzt werde.

2) Die primäre und secundäre Metritis. Dieselbe indicirt nach Herrn *Mayer* ein streng antiphlogistisches Heilverfahren, welches ihm bei einer Frau, die sich durch einen heftigen Stoss auf den Leib im 4. Monate der Schwanger-

schaft eine starke entzündliche Reizung des Uterus zugezogen, so gute Dienste leistete, dass die Gravidität ihr Ende erreichte.

Mit dieser Ansicht erklärte man sich im Allgemeinen einverstanden.

3) Die chronische Metritis giebt nach Herrn *Mayer* noch weniger Anzeige zur Erregung des künstlichen Abortus. Im Gegentheil müsse Alles zur Beendigung der Schwangerschaft aufgeboten werden, weil nicht selten durch Geburt und Wochenbett Heilung der Beschwerden eintritt. Ohne dies entsteht schon leicht spontan hierbei ein Bestreben des Uterus, seinen Inhalt auszustossen, namentlich zur Zeit, wo die Periode vor der Schwangerschaft einzutreten pflegte. Dieser Fall trat ein bei einer von ihm behandelten Frau, die lange an Anschwellung des Uterus gelitten, und die nach 8 Jahren wieder schwanger geworden; sie behielt die Periode bis zum 7. Monate, und jedesmal traten dann schmerzhafte Wehen mit Betheiligung des Gefässsystems ein, die Port. vag. verstrich, der Muttermund öffnete sich bis zu Silbergroschengrösse; nur die grösste Ruhe beschwichtigte in 18—24 Stunden diese Erscheinungen. Die Frau erreichte das Ende ihrer Schwangerschaft, gebar leicht und ist jetzt blühend und gesund.

Auch hierüber wurde keine dissentirende Meinung laut.

4) Fibröse Geschwülste in der Substanz des Uterus.

5) Carcinom des Uterus.

6) Krankheiten der Ovarien

bedingen gleichfalls keine Indication zum künstlichen Abortus, was im Allgemeinen durch die Gesellschaft bestätigt wurde.

Ausserdem hob Herr *Mayer* noch 2 Symptome hervor, welche den künstlichen Abortus rechtfertigen sollen, nämlich

7) Die Metrorrhagien und

8) Das unstillbare Erbrechen der Schwangern.

In Bezug auf ersten Punkt war Herr *Mayer* der Meinung, dass man vor allen Dingen die Ursache der Blutung zu eruiren und gegen diese zu handeln habe. Unter den Ursachen derselben führte er aber einmal Flexionen des Uterus an, und diese seien mit grossem Vortheil durch mechanische Mittel, wie durch Einbringung von Schwämmen, welche den Uterus in normaler Lage fixiren, zu beheben; sollten danach Contractionen des Uterus entstehn, so wäre diese indirecte Erzeugung

des Abortus immer günstiger als die directe; ferner blutende Ulcerationen der Vaginalportion und der unteren zugänglichen Theile des Cervicalkanals; diese seien wiederum am besten durch örtliche Application des Acidum pyrolignosum zu beseitigen.

Diese Deduction gab zu einigen Erörterungen Veranlassung. Zunächst waren solche vom Ei unabhängige Blutungen in der Schwangerschaft wenig bekannt, und dann machte sich die Ansicht geltend, dass die genannten mechanischen Mittel zur Beseitigung der Uterusflexionen, wenn sie auch in den Händen des Herrn *Mayer* mit glücklichem Erfolge gekrönt gewesen, doch zu leicht das Gegentheil von dem, was man erreichen will, zur Folge haben können, als dass man nicht wenigstens bei ihrem Gebrauche die äusserste Vorsicht anempfehlen müsse.

Die Debatte ging dann über auf die durch das Ei selbst bedingten Hämorrhagien und Herr *Schultze* theilte einen Fall mit, wo er sich wegen einer solchen und dadurch bedingter Anämie genöthigt gesehn habe, den künstlichen Abortus einzuleiten; es wurde hierzu bemerkt, dass, da notorisch Frauen kaum je sich bei Abortus verbluten, möglicherweise auch hier noch mit dem Einschreiten der Kunst hätte gewendet werden können, worauf Herr *Schultze* sein Verfahren durch Hindeutung auf die 4 Wochen lang vorhergegangene Blutung, und dadurch gesetzte äusserste Erschöpfung, rechtfertigte.

In Bezug auf den 2. Punkt, das Erbrechen sprach sich Herr *Mayer* dahin aus, dass man hierbei immer locale Störungen der Sexualorgane voraussetzen müsse. Bei Krankheiten des Uterus und der Ovarien sei Erbrechen ein sehr gewöhnliches sympathisches Symptom, und führte er für Carcinoma uteri und Ovarialleiden einschlagende Beispiele an für Retroflexio uteri einen Fall, den er specieller mittheilte: Eine Frau von 36 Jahren, die 5 Mal schwer, das letzte Mal vor 5 Jahren Zwillinge geboren hatte, litt seit dieser Zeit an schwacher, schmerzhafter mit heftigen consensuellen Erscheinungen begleiteter Periode, und häufigem Erbrechen. Die Untersuchung der Frau, die sehr heruntergekommen war, ergab die Portio vag. nach vorn gegen die Symphyse gerückt sehr voluminös, den Fundus uteri in gleicher Höhe mit derselben, retroflectirt, sehr schmerzhaft. Herr *Mayer* richtete den Uterus mit der Sonde vorsichtig auf, und schob einen Schwamm

hinter den Cervix. Dies wurde täglich wiederholt und nach einigen Tagen besserten sich das Erbrechen und alle übrigen Erscheinungen, und die Frau wurde zwar nicht von der Retroflexion, aber von den quälenden sympathischen Erscheinungen befreit. Aehnliche Verhältnisse glaubte Herr *Mayer* auch bei der Schwangerschaft supponiren zu müssen, und erzählte zur Bestätigung dieser Ansicht einen Fall, wo bei einer Frau, die seit 7 Jahren verheirathet, 3 Mal, zuletzt vor 4 Jahren geboren hatte, und bei der jetzt die Periode seit 2 Monaten ausgeblieben, heftiges Erbrechen eingetreten war. Die Untersuchung ergab eine Anteversion des bei Druck schmerzhaften 3 Monate schwangern Uterus. Herr *Mayer* hob den dislocirten Fundus uteri in die Höhe, und schob zwischen denselben und die Schambeine einen Schwamm. Das Erbrechen ermässigte sich sofort und schwand nach fortgesetzter mechanischer Behandlung gänzlich.

Die hieran sich knüpfende Debatte brachte, da der Gegenstand schon öfter, und erst kürzlich bei Gelegenheit des von Herrn *Ulrich* mitgetheilten Falles, besprochen worden, Nichts Neues zu Tage.

Am Schlusse der Sitzung theilte Herr *Schultze* die folgende Geburtsgeschichte und Section eines wasserköpfigen Kindes mit und zeigte die betreffenden Präparate vor.

Am 1. Juli d. J. wurde ich zu der zum 7. Mal gebärenden Frau *F.* gerufen. Das ausgetragene Kind hatte sich in erster Steisslage (rechte Hüfte vorn links) zur Geburt gestellt. Die Geburt des Rumpfes und der Arme fand keine Schwierigkeit, die Versuche der Hebamme, den zurückbleibenden Kopf zu extrahiren, blieben fruchtlos. So fand ich das Kind seit 2 Stunden bis an den Hals geboren, dabei den Uterus fest contrahirt noch bis über den Nabel, wie am Ende des achten Schwangerschaftsmonats reichen, die Nabelschnur und ebenso das Herz des Kindes völlig pulslos. Spina bifida lumbodorsalis nebst Pedes vari liessen auf Wasserkopf schliessen. Nachdem die Kreissende auf ein Querbett gelagert worden, führte ich die rechte Hand in der linken Mutterseite neben dem sehr gedehnten Halse ein. Der Kopf stand völlig quer über dem Beckeneingang, das Kinn auf dem linken, das Hinter-

haupt auf dem rechten Beckenrand ruhend. Den Uterus füllte der Schädel mit mehrere Zoll breit auseinanderstehenden Knochen, zwischen denen Fluctuation wohl wegen der sehr bedeutenden Spannung nicht deutlich zu fühlen war. Ich wählte zur Punction die etwa 6 Quadratzoll haltende über dem Promontorium zugängliche linke Seitenfontanelle. Ein langer, mit Beckenkrümmung versehener Troikart, den ich in Voraussicht des Hydrocephalus mitgenommen hatte, reichte nicht hoch genug, das *Busch*'sche Perforatorium konnte dagegen ohne Schwierigkeit am vordern Rande des Ohres eingestossen werden und liess sofort in dickem Strahl die Cerebralflüssigkeit austreten. Es stellte sich eine Wehe ein und die Ausstossung des collabirten Schädels bedurfte kaum manueller Nachhülfe. Nachdem die zum grössten Theil gelöste Placenta sofort entfernt worden, contrahirte der Uterus sich vollständig. Die ganze Operation hatte 10 Minuten gedauert. Das Wochenbett verlief normal.

Der Sectionsbefund des Schädels und der Wirbelsäule entspricht fast vollständig demjenigen, den ich vor einigen Monaten an einem mit Hydrocephalus, Spina bifida und Klumpfüssen gebornen Kinde Ihnen darzulegen die Ehre hatte (Monatsschrift Bd. X, p. 5.). Ich beschränke mich daher darauf, das Abweichende dieses Falles Ihnen mitzutheilen. Der Umfang des Schädels ist um einige Zoll grösser. Die Falx cerebri und die Scissura longitudinalis fehlen fast ganz, indem das Hirn zu einer weiten Blase ausgedehnt ist, auf dessen Oberfläche die Windungen nur als seichte Falten angedeutet sind. Das Cerebellum ist sehr klein, der Pons langgestreckt, das verlängerte Mark liegt, wie in dem früher beschriebenen Falle, zum grössten Theil im Wirbelkanal. Rückenmark und Meningen verhalten sich ganz ähnlich wie dort, nur dass die Ausdehnung der Hydrorrhachis bedeutender und das Verhalten der Arachnoidea, da weniger Verwachsungen zwischen den beiden Blättern bestehen, einfacher ist. Arachnoidea und Pia mit einer dünnen Schicht Rückenmark und den äusserlich durchscheinenden Verzweigungen der Arteriae spinales posteriores bilden in der Ausdehnung von $2^5/_8$ Zoll Länge (im früheren Fall nur $1^1/_2$"), 1 Zoll Breite die $^1/_2$ Linie dicke Decke der Geschwulst. Die Wurzeln der 4 unteren Dorsal- und der

sämmtlichen Lumbal- und Sacralnerven entspringen aus dieser Decke und verlaufen, beiderseits von Arachnoidea bekleidet zu ihren normalen Austrittsstellen aus der Dura mater. Der von ihnen eingeschlossene sowie die nach aussen von ihnen gelegenen Arachnoidealräume communiciren nach oben und nach unten frei mit dem Arachnoidealsack des Rückenmarks. Das Rückenmark selbst verliert sich von der Kopfseite her in der Höhe des 8. Rückenwirbels in die Decke der Geschwulst, aus welcher die folgenden Spinalnerven entspringen. Der Bogen des 8. Rückenwirbels, ligamentös vereinigt, schliesst nach oben die Wirbelspalte, vom 9. Rückenwirbel an abwärts ist der ganze Wirbelkanal offen. Die Dura mater, von eben der Stelle an offen, bekleidet nach den Seiten hin die breiten Rudimente der Bogenstücke, um dann beiderseits mit der Haut zu verschmelzen; erst in der Höhe des 5. Lendenwirbels schliesst sie sich wieder zum Kanal und umschliesst das hier wieder cylindrisch aus der flachen Decke der Geschwulst zwei Linien dick sich fortsetzende Rückenmark bis an sein auf der hinteren Fläche des offenen Kreuzbeins gelegenes Ende. Die Profilansicht dieser Spina bifida würde somit von der auf Fig. 2 dargestellten des vorigen Präparats insofern abweichen, als die Ausdehnung der Wirbelspalte nach oben und unten bedeutender ist, als das Rückenmark nicht allein, wie dort, im oberen Theil, sondern in der ganzen Ausdehnung der Geschwulst an die hintere Wand derselben gedrängt ist die dünne Decke derselben bildend; — Abweichungen, die auf einen gleich Anfangs massenhafter erfolgten hydropischen Erguss zurückzuführen sind. Der unterhalb der Hydrorrhachis gelegene unversehrte Theil des Rückenmarks ist weit geringer, auch fehlt der dasselbe von vorn nach hinten durchsetzende Knochenstift. Der Horizontalschnitt durch die Mitte der Geschwulst giebt dagegen genau dasselbe Bild wie Fig. 3 des vorerwähnten Präparates.

Die Thymus, wie in jenem Falle sehr gross, ragt auch hier bis aufs Zwerchfell. Das Herz ist normal, nur von schwacher Musculatur. Die Lungen enthalten in jedem Lappen zahlreiche, umfangreiche von Luft vesiculär ausgedehnte Parthien. Die ganzen Lungen sinken im Wasser langsam unter; in einzelne Stücke zerschnitten, schwimmen die meisten derselben. Auf der Durchschnittsfläche quillt überall blutiger

Schaum. Das Kind war also erst nach gebornem Rumpf abgestorben und die zur Extraction des Kopfs unternommenen Manipulationen hatten den Luftzutritt zum in utero befindlichen Munde verschafft, so dass dieselbe durch die vom freien Thorax ergiebig ausgeführten Respirationsbewegungen reichlich in die Lungen gelangen konnte.

Die Baucheingeweide sind normal. Ich kann nicht unterlassen an dieser Stelle zu dem Sectionsbefund des hier mehrfach erwähnten früheren Falles von Spina bifida nachzutragen, dass die weitere Untersuchung eine Hernia diaphragmatis sinistra von 1″ Durchmesser nachwies, in welcher lediglich die Nebenniere dieser Seite gelagert ist; dieselbe prominirt um $^3/_4$″ über das angrenzende Niveau des Zwerchfells in die Brusthöhle hinein. Am vorderen Rande der Bruchpforte ist die Milz in breiter Ausdehnung eng an das Zwerchfell angewachsen, ebenso an der entsprechenden Stelle der rechten Seite die Leber.

Die Klumpfüsse sind linkerseits ein geringer Grad von Pes varus und equinus, rechts ein ausgeprägter Pes varus.

Interessant sind die Angaben, die Frau *F.* über ihre Schwangerschaft macht, und zwar, ich halte es für wichtig, das ausdrücklich zu bemerken, auf meine ganz allgemein gestellte Frage, wie sie sich während dieser Schwangerschaft befunden habe. Während die 6 früheren sämmtlich normalen Schwangerschaften ohne erhebliche Beschwerden verliefen, empfand Frau *F.* während dieser 7. fast dauernd einen Schmerz in der rechten Seite. Die Kindsbewegungen waren constant rechts, sehr lebhaft und wegen der Empfindlichkeit dieser Seite oft schmerzhaft. Vier Wochen vor der erfolgten Geburt stellten sich Wehen ein, welche mehrere Stunden hindurch häufig wiederkehrend die Schwangere auf die Entbindung gefasst machten. Da, giebt sie an, plötzlich eine, Drehung des Kindes empfunden zu haben, worauf die Wehen sich wieder verloren. Sie fühlte von diesem Moment an im obersten Theil des Leibes einen grossen runden Körper, der bis dahin nicht daselbst gelegen, den wassersüchtigen Kopf, während die bis dahin rechts oben fühlbaren Kindsbewegungen die letzten 4 Wochen hindurch in sehr lästiger Weise unten gegen das Becken zu empfunden wurden. Wenn ich einerseits

keinen Grund habe, Zweifel in die Wahrheit der Erzählungen der Frau *F.*, einer in Schwangerschafts- und Geburtsempfindungen erfahrenen Frau, zu setzen, so liegt auch andererseits eine Deutung des zum Grunde liegenden Vorganges nahe. Der bis zum Ende des 9. Monats in erster (oder vierter) Stellung vorliegende Schädel regte bei unverhältnissmässig zunehmendem Umfange am Ende des 9. Monats den Uterus zu Contractionen an. Umgekehrt wurden durch den Druck, den derselbe im engeren unteren Uterusende namentlich jetzt bei den eintretenden Wehen erlitt, die Reflexbewegungen des Kindes zu solcher Lebhaftigkeit gesteigert, dass sie mit Hülfe der eingetretenen Wehen die Umdrehung des Kindes zur Folge hatten; in dem durch 6 schnell hintereinander verlaufene Schwangerschaften erschlafften Uterus konnte dieselbe wohl trotz der von Seiten des Kindes erschwerenden Umstände vor sich gehen. Bei der bis zur Geburt nun beibehaltenen ersten Steissstellung hatte der enorm ausgedehnte Kopf im weiten Fundus uteri hinreichenden Raum.

Natürlich kann ich den Erzählungen der Frau und meiner Deutung den Werth einer Beobachtung nicht beilegen wollen, doch schienen sie mir der Erwähnung werth. Wie dem sei, jedenfalls ist die bei Eintritt der Geburt bestehende Steisslage als ein sehr günstiger Umstand anzusehen, da der am Ende der Schwangerschaft vorliegende Wasserkopf eine enorme Ausdehnung und Verdünnung des unteren Uterinsegments und so eine Disposition bedingt, dass die für Austreibung des hydrocephalischen Kindes in der Schädellage meist erfolglosen Geburtswehen zur Ruptur des verdünnten, manchmal durch den Druck selbst gangränescirten unteren Uterinsegments führen. *Hohl* (die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder. Halle 1850) hat mehrere derartige Fälle zusammengestellt. Ich selbst hatte im vorigen Jahre durch die Güte des Herrn Dr. *Hecker* Gelegenheit, den tödtlichen Verlauf einer solchen durch vorliegenden Hydrocephalus bedingten Uterusruptur zu beobachten. (*Hecker*, in den Verhandlungen dieser Gesellschaft. IX, S. 246.)

In Bezug auf den zuletzt von Herrn *S.* erwähnten Umstand, dass möglicherweise hier eine Culbute des Kindes im umgekehrten Sinne stattgefunden habe, bemerkte Hr. *Hecker*,

dass auf die Aeusserungen von Frauen, wenn sie auch noch so erfahren seien gegenüber einer durch die Erfahrung kaum zu stützenden Annahme, kein Gewicht gelegt werden könne. Es sei, wenn auch bekanntermassen eine allmälige (keineswegs plötzliche) Umwandlung einer Steisslage in eine Kopflage in der letzten Zeit der Schwangerschaft vorkomme, das Aufsteigen des Kopfes in den Fundus, zumal eines durch Hydrocephalus ausgedehnten, den Gesetzen der regulatorischen Thätigkeit des Uterus so widersprechend, dass er sich nicht entschliessen könne, die Supposition in Rede glaubhaft zu finden.

VIII.

Zur geburtshülflichen Casuistik,

vom

Privatdoc. Dr. **Otto Spiegelberg** zu Göttingen.

I. Geburt, complicirt mit Carcinom des Gebärmutterhalses. Blutige Erweiterung des letztern. Zange. — Lebendes Kind, Tod der Mutter nach 10 Monaten.

Die 44jährige Frau *P.* hierselbst hat schon 8 Kinder ganz regelmässig geboren, das letzte vor 5 Jahren. Vor 2 Jahren überstand sie einen Abortus, der indess ohne ärztliche Hülfe verlaufen. Seitdem litt sie an häufiger und profuser Menstruation mit starkem, sehr übelriechendem Ausflusse aus den Genitalien, was sie indess nicht sehr angegriffen zu haben scheint, da sie noch ganz wohlgenährt und kräftig aussieht. — Ihre jetzige 10. Schwangerschaft war regelmässig bis fast an das normale Ende fortgeschritten, als in den letzten Wochen des Mai 1856 oft wiederkehrende, aber nicht sehr heftige Blutungen aus den Genitalien eintraten, wegen derer die Schwangere meine Hülfe in Anspruch nahm. Ich sah sie zuerst 24. Mai, fand den Uterus in einer den letzten Schwangerschaftswochen zukommenden Ausdehnung und Stellung, die Fötalherztöne in der linken Seite hörbar, konnte indess durch das Scheidengewölbe keinen Kindestheil erreichen.

Der Scheidentheil des Uterinhalses war sehr lang und hart; die vordere Lippe breit, knorplig hart, derb und knotig, die hintere weicher, wie geschwürig zerstört anzufühlen. Der Muttermund klaffte sehr weit und liess den Finger über $^1/_2$" tief eindringen, wo derselbe auf einen harten festen Ring stiess. Die vordere Lippe war förmlich invertirt, indem der Muttermundsrand nach aussen umgeworfen und die Innenfläche jener nach unten gerichtet war. In der Scheide einzelne Blutcoagula, sonst nichts Abnormes zu bemerken. An das Vorhandensein eines auf den Cervix noch beschränkten Carcinoms war hiernach nicht zu zweifeln; und da die Blutung im Ganzen gering, so beschränkte ich mich auf das gegen sie gebräuchliche diätetische Verfahren. Dieselbe kehrte nun auch bis zum 1. Juni nicht wieder, wo sie sich in einem schwachen Grade mit den gegen Abend beginnenden Geburtswehen zeigte. Die Wehen eröffneten im Laufe der Nacht den innern Muttermund etwas, verkürzten den Cervix ein wenig, so dass ich am Morgen des 2. Juni den Kopf im Beckeneingange fixirt fand, durch den groschengrossen innern Mund die Eihäute fühlen, die hintere zurückgezogene Lippe aber kaum mehr erreichen konnte; die vordere war in ihrem bei der ersten Untersuchung am 24. Mai gefundenen Zustande gar nicht verändert. Die regelmässig aber nicht sehr stark wirkenden Wehen brachten Nachmittags die Fruchtblase zum Platzen, in Folge dessen der Kopf tiefer trat; seine Lage konnte indess wegen der geringen Eröffnung des Uterus nicht genau bestimmt werden, nur schloss ich auf eine 1. Lage, da die Herztöne links, die Füsse in der rechten Seite zu erkennen waren. In der Nacht liessen die Wehen etwas nach, traten aber am Morgen des 3. in verstärktem Masse auf, so dass der Kopf mit dem untern Gebärmutterabschnitt tief ins Becken herab gedrängt wurde und in dem nur wenig mehr erweitertem Muttermunde sich eine kleine Kopfgeschwulst bildete. Die vordere Lippe war wenig verändert, die bisweilen eintretende Blutung gering.

Da der Zustand der Frau noch nicht der Art war, dass Gefahr im Warten, so beschränkte ich mich darauf alles Mitdrängen zu verbieten, erwartend was die Natur hier leisten würde. Am Nachmittage indess wurden die Wehen so heftig

und drängend, die Frau, welche sonst innerhalb einiger Stunden immer geboren, so angegriffen und der Muttermund zeigte sich so wenig eröffnet (er war höchstens so weit wie ein Zehnsilbergroschenstück), dass, wenn ich es nicht auf einen Uterusriss ankommen lassen wollte, Hülfe nothwendig erschien. Diese konnte nur in Incision des degenerirten Cervix bestehen, da von andern Mitteln zu seiner Erweiterung wohl Nichts zu hoffen. Nach stattgehabter Consultation mit Herrn Dr. *Lohmeyer* wurden durch seine Hülfe um $5^1/_2$ Uhr Nachmittags zuerst 3 Schnitte, 2 seitlich durch die Muttermundswinkel und 1 in die vordere Lippe, bis an den Uebergang der Scheide in den Cervix mit dem geknöpften Bistouri ausgeführt. Da die so gemachte Oeffnung sich noch wenig nachgiebig zeigte, so ward in den grössern Lappen der vordern Cervicalwand noch eine Incision gemacht. Patientin war, weil sehr ängstlich, während der nur einige Minuten dauernden Operation narkotisirt; Blutung erfolgte nur in sehr geringem Grade.

Die Wehen trieben jetzt den Kopf in die thalergrösse nachgiebigere Oeffnung des Uterus herab, vermochten ihn aber nicht durch dieselbe auszustossen, vielmehr war das Weiterreissen der gemachten Incisionen in den Uterinkörper hinein oder das Abreissen der gemachten Lappen sehr zu befürchten. Wir entschlossen uns deshalb gegen 8 Uhr Abends zur Application der Zange. Diese, sowie die folgende Extraction, unter vollständiger Chloroformnarkose ausgeführt, war wegen der Unnachgiebigkeit des Cervix und der Stellung des Kopfes mit der Stirn nach dem rechten Schambeine gar nicht leicht; nach mühseligen fast $^1/_2$ Stunde in Anspruch nehmenden Tractionen, während die Hebamme den grössern vordern Lappen des Cervix mit den Fingern zurückhielt, ward indess ein lebender kräftiger Knabe zu Tage gefördert. — Die Placenta folgte bald von selbst; eine irgend bedeutende Blutung fand nicht statt.

Das Wochenbett verlief unter mehrmals täglich gemachten Vaginalinjectionen von lauem Chamillenthee mit Liq. chlori ganz gut, die Pat. stillte ihr Kind, musste es indess später, da die eine Mamma in Folge früherer Entzündung verödet und die Secretion aus der andern auch bald sistirte, künstlich auffüttern, wobei es ganz gut gedieh. — Der Cervix uteri zog

sich zusammen, indess legten sich die Schnittflächen nur lose an einander und von einer Verwachsung oder Verklebung war keine Spur zu bemerken.

Der weitere Verlauf des Leidens war, wie man ihn von Anfang an nicht anders erwarten konnte. Zwar ging Pat. schon am Ende desselben Monats wieder aus und ihren häuslichen Geschäften nach; bald indess zeigte sich Infiltration der Vaginalwände in der Nachbarschaft des Cervix und des Uterinkörpers; später Zerfall des Cervix, Ablagerungen in die Umgebung und die Inguinaldrüsen, jauchiger blutiger Ausfluss, heftige Schmerzen, erschwerter Stuhlgang — kurz, alle Erscheinungen des erweichten Uteruskrebses und der allgemeinen Kachexie, denen die Leidende, nachdem sie in den letzten Monaten fast fortwährend das Bett hüten musste, am 11. April 1857, $10^1/_2$ Monate nach der Geburt erlag. — Da ich zu dieser Zeit gerade verreist war, so unterblieb leider die Section.

Wegen des im vorliegenden Falle eingehaltenen Verfahrens, der Incision des Cervix und der Anlegung der Zange, brauche ich nach dem Mitgetheilten mich wohl nicht zu rechtfertigen. Von „erweichenden" Mitteln war hier nichts zu hoffen; überdies hatte ich lange genug die Wehen einwirken lassen, um auch von Naturhülfe nichts mehr erwarten zu können. Dass solche allerdings bisweilen zum Ziele führt, beweist die Mittheilung *Ch. West's* (Lectures on the Diseases of women. P. I. 1856) von 2 solchen Fällen; indess muss dann die Krankheit noch in ihrem ersten Beginne sein. Hätte ich länger gewartet, so wäre entweder ein Riss durch den untern Uterinabschnitt entstanden oder die Frau unentbunden verstorben wie es *Oldham* ein Mal erging (London Journ. of Medicine, 1850). Von den übrigen bei Carc. ut. vorgeschlagenen Operationen, der Perforation, der Sect. caesar. und dem künstlichen Abortus, kann, wenn die Krankheit nur auf den Cervix beschränkt ist und keinen bedeutenden Tumor bildet, nicht die Rede sein, da hier das Einschneiden des Letztern wohl immer ausreicht und das am wenigsten gefährliche Verfahren ist. Aber auch, wenn die ganze Vagina von Krebsmasse erfüllt ist und diese dem Kinde den Weg versperrt, ist die Perforation desselben gewiss die schlechteste Hülfe. Kann der Kindskopf überhaupt noch durchs Becken geführt werden, so wird er es gleich

gut können, mag sein Kopf zerstückelt sein oder nicht; in beiden Fällen wird die Krebsmasse vielfach zertrümmert und zerrissen, der Tod der Mutter beschleunigt werden, aber in letzterem wird doch wenigstens das kindliche Leben erhalten bleiben.

Letzteres muss überhaupt die Aufgabe des Arztes bei der in Rede stehenden Schwangerschaftscomplication sein, und aus diesem Grunde muss ich mich auch gegen den künstlichen Abortus aussprechen. Wo die Krankheit schon so weit gediehen, dass das Leben der Mutter vor Ablauf der vollen Schwangerschaftszeit bedroht erscheint oder die natürlichen Geburtswege für ein reifes Kind vollständig verlegt sind, wird man das mütterliche Leben durch einen herbeigeführten Abortus wohl kaum länger fristen; es ist im Gegentheil wahrscheinlich, dass ihre Gesundheit während der übrigen Zeit der Schwangerschaft eine verhältnissmässig bessere sein und die Krankheit langsamere Fortschritte machen wird, als während eines gleichen Zeitraums nach der Entleerung der Gebärmutter. In diesen Fällen erscheint mir der Kaiserschnitt vollkommen gerechtfertigt. Er bietet alle Chancen für die Erhaltung des Kindes und ist der Mutter kaum gefährlicher, als ihr ihn bedingender Zustand. So viel ich weiss, ist *Oldham* in der Neuzeit der Einzige, der auf die genannte Indication hin die Sect. caesar. ausführte (M. vergl. *Guy's* Hospit. Reports, 1851. Vol. XI. p. 426), und der Erfolg — er rettete das Kind und verlor die Mutter nicht in Folge der Operation — zeigt die Richtigkeit seiner Wahl. Wie beklagenswerth ist aber der Zustand einer Frau, wenn von 2 Alternativen die Sect. caesar. die am wenigsten gefährliche ist!

Ch. West hat in seinem vortrefflichen, noch wenig gekannten Buche über Frauenkrankheiten (1856; schon oben citirt) 74 Fälle von Krebs des Uterinhalses bei Schwangerschaft zusammengestellt, aus denen sich ergiebt, dass 41 Mütter während oder gleich nach der Entbindung verstarben und 33 sich von deren Folgen erholten; von 72 Kindern wurden 47 todt und 25 lebend geboren. Der von *Wallstein* in dieser Zeitschrift (Bd. 8. Septemberheft) mitgetheilte Fall reiht sich in Bezug auf die Mutter, und der eben von mir erzählte in Bezug auf beide Theile den glücklichen an.

II. Ein Fall von Chorea gravidarum.

Die 28jährige Frau *A.* hatte bis zu ihrer Verheirathung und in ihrer ersten Schwangerschaft, die vor $1^1/_2$ Jahren mit der Geburt eines noch lebenden Mädchens endete, so wie in der folgenden Zeit sich immer einer guten Gesundheit erfreut und waren besonders die geschlechtlichen Functionen immer in gehöriger Ordnung. Auch ihre jetzige Schwangerschaft verlief ohne alle Störung, bis um die Mitte derselben, ungefähr zu der Zeit, als die Frau die ersten Kindsbewegungen fühlte, sich zuerst ein Ziehen im linken Beine einstellte, dem bald krampfhafte Bewegungen desselben folgten, die sich auch auf die obern Extremitäten und Gesichtsmuskeln derselben Seite ausdehnten. Ich sah die Schwangere zuerst im Anfang des November 1856, als sie sich nach ihrer Aussage und nach der Untersuchung im 6. Monate der Gravidität befand. Das linke Bein sowie der linke Arm waren in fortwährender Thätigkeit, ebenso die Muskeln der linken Gesichtshälfte; bei intendirten Bewegungen wurden die unwillkührlichen stärker, so dass die Frau, wollte sie z. B. in gerader Richtung vorwärts gehen, immer etwas nach rechts hinüber geschoben wurde. Häufig participirte auch der rechte Arm an den Zuckungen, indess nur dann, wenn mit der obern linken Extremität eine bestimmte Bewegung ausgeführt werden sollte. Die belästigendste Erscheinung war aber entschieden die Erschwerung der Sprache; die Zunge war in fortwährender Action, bei jedem Worte ward sie nach allen Seiten herum geworfen, so dass die Articulation äusserst schwierig. Ebenso war das Schlingen verhindert, und die Zunge in Folge dessen vielfach zerbissen. — Die Krämpfe schwanden zwar nie vollständig, doch hatte die Frau Tage, an denen sie sich wohler befand, jene äusserst gering waren, und gleichsam Intermissionen machten. Die sensoriellen und psychischen Functionen waren ungetrübt, das Allgemeinbefinden gut, die Verdauung gehörig im Gange, der Urin normal beschaffen; nur zeigte die Patientin die Erscheinungen der Anämie, sonst war keine Störung nachzuweisen, der man irgendwie als Ursache der Chorea hätte nachforschen können. Die Behandlung bestand demgemäss in der Verabreichung von Eisen mit Valeriana und von *Dower's* Pulver für die Abende, um Schlaf zu verschaffen, in Verbindung mit dem bekannten

diätetischen Verfahren gegen Chlorose. Unter dieser Therapie besserte sich der Zustand, die unwillkührlichen Bewegungen liessen an Intensität nach, so dass oft mehrere Tage lang vollkommen freie Intermissionen vorhanden waren. Gegen Ende December sistirte ich den Gebrauch des Eisens und verordnete das viel empfohlene schwefelsaure Zink. Die Erscheinungen besserten sich indess im Verlaufe der nächsten 14 Tage bis 3 Wochen nicht blos nicht, sondern steigerten sich zu einer vorher noch nicht vorhanden gewesenen Höhe. Die Extremitäten der linken Seite, dieselbe Hälfte des Gesichts waren in fortwährender Bewegung, an der auch die rechte Seite Theil nahm; die Zunge ward anhaltend im Munde herumgewälzt, so dass das Sprechen und Kauen äusserst erschwert und lästig. Dabei zeigten sich reissende Schmerzen in den Ohren und im Nacken, die gegen den Scheitel ausstrahlten. Auch der Schlaf ward wegen der während desselben nicht schwindenden Zuckungen gestört, in Folge dessen die Kräfte abnahmen, Pat. sich fortwährend sehr angegriffen und verstimmt fühlte. Ich ging wieder zum Eisen über, mit dem zugleich Morphium verabreicht wurde. Aber auch dieses versagte bald seine Dienste als Somniferum, so dass ich es durch Opium ersetzte, welches nicht blos momentan, sondern auch für längere Zeit sich viel wirksamer zeigte. Dasselbe, sowie die Wochen lang jeden Abend genommenen warmen Bäder, hatten den guten Erfolg, nicht blos die Zuckungen und Nackenschmerzen zu lindern, sondern auch die grosse Unruhe, die Schlaflosigkeit zu beseitigen und in Folge dessen das Allgemeinbefinden bedeutend zu bessern. — So erreichte unter geringen Schwankungen die Schwangerschaft ihr Ende und es traten am Morgen des 16. März 1857 die ersten Wehen ein, die nach einigen Stunden einen lebenden, kräftigen Knaben ans Licht beförderten, dem die Placenta bald nachfolgte. Während jeder Wehe zeigten sich die heftigsten unwillkührlichen Bewegungen, zumal in den untern Extremitäten und den Rumpfmuskeln, welche die Frau bisweilen aus dem Bette zu werfen drohten; in den Pausen indess war sie vollkommen ruhig.

Die Chorea verschwand mit der Geburt fast vollständig und die ihr Kind säugende Frau befand sich in den ersten

Wochen des Puerperium sehr wohl, nur selten noch zeigten sich schwache Mitbewegungen des linken Schenkels. Gegen Ende April indess wurden diese wieder stärker, auch zeigte sich die Zunge wieder afficirt. Alle diese Erscheinungen schwanden jedoch unter dem mit geringen Intermissionen durch 2 Monate fortgesetzten Gebrauche der Tinct. arsen. Fowl. (wobei Pat. ihr Kind fortwährend stillte) vollständig, und sie hat bis jetzt (Ende November) kein Recidiv erlitten. Einen schon vor der Schwangerschaft vorhandenen und nach derselben wieder eingetretenen Prolapsus der vordern Vaginalwand und der Gebärmutter hält sie mittels des *Zwanck*'schen Instruments gut und bequem zurück.

Ueber die Ursache der Chorea in diesem Falle vermag ich Nichts auszusagen. Albuminurie, die so innig mit den wichtigsten Nervenaffectionen puerperaler Frauen im Zusammenhange steht, war nicht vorhanden; ebensowenig eine Spur von Herzleiden, noch hatte die Pat. früher an Rheumatismen gelitten. Das einzige ätiologische Moment, auf das bei der Behandlung Rücksicht zu nehmen, waren die Zeichen der Anämie. Doch glaube ich, dass der reichliche Gebrauch des Opium durch Beseitigung der grossen Unruhe und Schlaflosigkeit und dadurch herbeigeführte Verbesserung des Allgemeinbefindens den meisten Nutzen gestiftet hat. Ein Versuch, durch Chloroforminhalationen die Convulsionen zu mildern, fiel sehr ungünstig aus, indem letztere während derselben viel heftiger wurden und in allgemeine überzugehen drohten. Deshalb stand ich auch während der Geburt von der Verabreichung des Anästhetikums ab.

III. Eclampsia parturientium ohne Albuminurie.

Die 33jährige Frau *N.*, eine gesunde, wohlgenährte und kräftige Brünette, hatte ihre erste Schwangerschaft unter ganz regelmässigen Erscheinungen durchgemacht, als am Abend des 16. Mai 1856 die ersten Wehen sich zeigten, nachdem sie die Tage vorher schon über deren Vorläufer, besonders über Schmerzen im Epigastrium. geklagt. Dieselben schritten regelmässig vorwärts, eröffneten den Muttermund und brachten das Fruchtwasser im Laufe der Nacht zum Abfluss. Um $7\frac{1}{2}$ Uhr des folgenden Morgens klagt die Gebärende über plötzlich

eingetretene Blindheit. Als ich, eilig gerufen, um 8 Uhr eintreffe, finde ich sie in einem vollständigen eclamptischen Anfalle. Das Gesicht ist geröthet, der Blick stier, der ganze Körper von heftigen Schlägen erschüttert; dabei Puls mässig frequent, der Uterus fest contrahirt, der Muttermund von der Grösse eines Thalers, seine Ränder, welche dem noch von den Eihäuten bedeckten tief im Becken stehenden Kopfe fest anliegen, sehr gespannt; die Fötalherztöne sind mässig frequent und dumpf hörbar; von Oedem keine Spur am Körper zu finden. Gleich nach meiner Ankunft lassen die Convulsionen nach, die Frau kommt wieder zu sich, klagt über Blindheit, jammert sehr und schwatzt viel verworrenes Zeug. Obgleich die Blase ziemlich leer, applicire ich doch den Katheter, um Urin zu erhalten; Defäcation war kurz vorher nach einem Klysma erfolgt. — Während ich zur Venäsection schreiten will, kommt ein zweiter Anfall, wobei der Kopf tetanisch zur Seite gezogen, die Bulbi nach oben rechts verdreht werden, die Lidspalte geöffnet bleibt; die Zähne knirschen, die Zunge wird zerbissen, blutiger Schaum entquillt dem Munde. Die obern Extremitäten sind in Beugestellung fest contrahirt, der Rumpf hinten über gezogen, das Athmen wegen Theilnahme der Rippenmuskeln, äusserst mühsam. Nach 1 Minute lässt der Anfall nach, die Muskeln erschlaffen, die Lider schliessen sich, Pat. delirirt laut und heftig, ist aber ganz ohne Bewusstsein. Die jetzt am rechten Arm ausgeführte Venäsection macht ungefähr 18—20 Unzen Blut ausfliessen, mehr als ich zu entziehen gedacht, weil wegen Unruhe der Frau und mangelnder Assistenz (da die Hebammé den Kopf verloren) das Schliessen der Wunde mehrmals vereitelt ward. Kaum ist dies indess geschehen, so tritt ein dritter leichterer Anfall von der Dauer ungefähr einer halben Minute ein. Da die Wehen sehr kräftig, so eile ich nach Hause, um Chloroform, Zange etc. und Assistenz zu holen. Um 8¾ Uhr, nach kaum ¼stündiger Abwesenheit wieder bei der Kreissenden angelangt, finde ich den Kopf eben durch die Genitalien tretend. Die Frau ist bewusstlos, aber sehr unruhig, wirft sich in tobenden Delirien hin und her, so dass eine Dammunterstützung ganz unmöglich wird. Um 9 Uhr ist das Kind geboren; ich entziehe jetzt wieder

Urin, um ihn später zu prüfen. Das Kind ist scheintodt und alle von der Hebamme und mir versuchten Belebungsmittel bleiben ohne Erfolg.

Die Mutter scheint nach der Geburt etwas erleichtert und ruhiger, kann auf Befragen auch mehr oder weniger richtige Antworten geben, klagt aber immer noch über Blindheit. Die Nachgeburt wird von der Hebamme in der Scheide gefunden und leicht entfernt. Der Uterus dehnt sich indess hiernach wieder übermässig aus, und als ich ihn deshalb durch die Bauchdecken hindurch reibe und drücke, entsteht plötzlich ein 4. Anfall, heftiger als alle früheren, mit vollständigem Tetanus der Rumpf-, Nacken- und Extremitätenmuskeln. Er dauert über 1 Minute und wird von tiefem Sopor gefolgt; hin und wieder zeigen sich im Verlaufe der nächsten halben Stunde die Vorläufer neuer Anfälle, die ich durch Chloroforminhalationen zu coupiren suche. Indess kommt keiner zum Ausbruche, sondern die Pat. wird allmälig ruhiger, verfällt in einen tiefen Schlaf, in dem ich sie nach 11 Uhr noch finde. Ich verordne kalte Ueberschläge auf den Kopf, Acid. benzoïcum mit vielem säuerlichen Getränk.

Gegen Abend erwacht die Frau aus ihrem Schlafe, klagt viel über Schmerzen in den Gliedern und dem Munde, fühlt sich indess freier im Kopfe und ist glücklich, wieder sehen zu können. — Entfernung des Urins mit dem Katheter. — Der Puls ist voll, nicht sehr frequent, die Temperatur nicht sehr gesteigert. Nachwehen sind in einem geringen Grade vorhanden. — Das Wochenbett verläuft unter der angegebenen Behandlung und einer kühlenden Diät ganz regelmässig, und nach 14 Tagen ist Pat. vollkommen wieder hergestellt.

Dieser Fall ist ein weiterer Beweis für die Annahme, dass Eclampsie und Urämie nicht immer identisch sind — und nur deshalb habe ich ihn mitgetheilt. Denn die betreffende Kranke war bis zu ihrer Entbindung immer ganz wohl gewesen, es war keine Spur von Oedem an ihr zu finden, und in dem zu verschiedenen Zeiten während der letzten Geburtsstadien und nach der Entbindung entzogenen Urin keine Spur von Albumen oder von Faserstoffcylindern nachzuweisen. Ich muss die Anfälle deshalb für reine Reflexkrämpfe, bedingt durch übermässige Erregung der Uterinnerven erklären.

Noch bemerke ich, dass, hätte ich die Zange früher zur Hand gehabt, ich sie sogleich nach dem 1. Anfalle angelegt haben würde. Denn nur der länger andauernden Compression seines Körpers durch die anhaltenden kräftigen Wehen schreibe ich den Tod des sonst gesund gebauten Kindes zu.

IV. Zwei Fälle von Placenta praevia.

1. Frau *E.* sah ihrer 2. Niederkunft (die erste war im September 1854 erfolgt) um die Mitte September 1857 entgegen, als in der Nacht vom 11. auf den 12. August Blutfluss eintrat, der sich am 12. mehrmals, aber nicht in bedeutendem Grade wiederholte. Ich sah die Schwangere in der folgenden Nacht zum 1. Male, als die Hämorrhagie in verstärktem Masse aufgetreten war. Der Uterus war von einer dem letzten Monate zukommenden Grösse, die Herztöne des Kindes deutlich vernehmbar; die Scheide mit vielen Coagulis erfüllt, ihr Gewölbe flach und leer, dick anzufühlen, kein Kindstheil durch dasselbe zu erreichen, der äussere Cervicalmund liess den Finger leicht eindringen, welcher indess nicht bis zum innern gelangen konnte. Da der Zustand der Pat. keine Besorgniss einflösste, die Blutung sistirt hatte, so beschränkte ich mich darauf, ein ruhiges Verhalten zu empfehlen. — Die Hämorrhagie wiederholte sich im Laufe des 13. und der folgenden Nacht, während sich die ersten Wehen zeigten; indess war am Morgen des 14. der innere Muttermund noch nicht geöffnet, so dass die Diagnose auf das vermuthete Vorliegen der Nachgeburt noch nicht sicher zu stellen war. Am Nachmittage, als die Hämorrhagie in ein eigentliches Stillicidium übergegangen, fand ich die Muttermundsöffnungen von der Grösse eines Groschens und dieselbe ganz von Placenta bedeckt. Da der Zustand der Frau noch leidlich gut, so applicirte ich den mit kaltem Wasser gefüllten Blasentampon, worauf kräftige Wehen, aber auch Verstärkung der Blutung folgte, denn als ich den Tampon nach einer Viertelstunde entfernte, fand ich die Scheide voll von massigen Coagulis. Ueber dem Scheidengewölbe fühlte ich jetzt kleine Theile, die ich als die Füsse erkannte. Da das Os uteri noch wenig mehr geöffnet, so legte ich den Tampon vom Neuen an, was auch wirklich den Erfolg hatte, die Blutung hinanzuhalten. Nach 8 Uhr

Abends plötzlich gerufen, weil mit den verstärkten Wehen sich viel Blut neben dem Tampon herab ergossen, finde ich die Pat. sehr schwach und angegriffen, die Hände kühl, den Puls indess noch gut. Nach Entfernung des Colpeurynters zeigt der Muttermund sich vom Umfange eines Thalers, an seinem hintern Rande sind die Eihäute zu fühlen, nach vorn hin erstreckt sich der vorliegende Lappen, Fötalherztöne sind nicht mehr wahrzunehmen. Ich eröffne die Eihöhle und verabreiche 15 gr. Secal. cornut. — Von jetzt an wiederholt sich die Blutung nicht mehr, wenigstens nicht zu einem bedeutenden Grade, dagegen werden die Wehen stärker und treiben das Kind mit den Füssen voran in die Vagina; die Geburt des Rumpfes erfolgt innerhalb 15 Minuten, der Kopf wird durch einen leichten Zug am Nacken entfernt. — Das Kind, ein Knabe, war todt. — Der Uterus contrahirte sich hierauf sehr gut, trieb indess die Placenta nicht aus, die am untern Theile der vordern Gebärmutterwand mit einem Lappen fest adhärirte und deshalb gelöst werden musste.

Bis zum 16. befand sich die Wöchnerin den Umständen nach gut. Dann stellten sich aber die Symptome des Puerperalfiebers (Pyämie) und Endometritis mit besonderer Mitleidenschaft des Darmkanals, die sich in profusen Durchfällen äusserte, in solchem Grade ein, dass 8 Tage lang die Frau in der höchsten Gefahr schwebte. Die Erscheinungen liessen indess unter dem Gebrauche des Plumb. acet. mit Opium (in sehr grossen Gaben), abwechselnd mit dem der China und des Camphers, unter Verabreichung von Wein und kräftiger leichter Nahrung nach, und Patientin war Anfangs September als vollständig reconvalescirt anzusehen.

2. Frau *P.* hat schon 2 ausgetragene Kinder, das letzte vor fast 3 Jahren, leicht geboren und sieht in 14 Tagen ihrer 3. Entbindung entgegen. Am 3. November 1857 stellen sich schwache aber anhaltende Blutungen aus den Genitalien, ein sogen. Stillicidium, ein, die in den folgenden Tagen hin und wieder sich etwas verstärken. Spät am Abend des 6. aber wird die Hämorrhagie so bedeutend, dass die Frau von einer Ohnmacht in die andere fällt. Sie hat sich indess schon wieder etwas erholt, die Blutung sistirt, als ich sie sehe. Es ist ein starker Hängebauch vorhanden, der Uterus steht sehr

hoch, das Scheidengewölbe ist leer, der Kopf über den Schambeinen zu fühlen, der Muttermund von der Grösse eines Fünfsilbergroschenstückes und ganz von Placenta bedeckt. Die Scheide von Coagulis ausgefüllt. Die Fötalherztöne hörbar. Wehen fast Null. — Die Gebärende ist sehr angegriffen. Nach 1 Stunde, nachdem sie etwas Nahrung und Wein zu sich genommen, hat sie sich wieder erholt; die Blutung, welche wie die Wehen während dessen sistirt hatte, tritt erst nach 1 Uhr Nachts wieder ein. Ich führe jetzt den Colpeurynter ein, den ich mit Eiswasser fülle; dies wird jede Viertelstunde erneuert. Eine schleunige Entbindung lässt der noch wenig mehr geöffnete Muttermund nicht zu, auch ist der Zustand der Frau nicht der Art, dass dieselbe indicirt erscheint. — Die Blutung sistirt jetzt; indess finde ich, als ich nach Verlauf einer Stunde den Tampon entferne, den ziemlich grossen Raum im Scheidengewölbe ganz voll von Coagulis. Nach Entfernung derselben wird jener wieder angelegt und zugleich ein Skrupel Mutterkorn gereicht, in Folge dessen die Wehen sich bald verstärken, aber auch neben dem Tampon herab sich Blut ergiesst. Dieser wird demnach wieder entfernt, jetzt aber der Muttermund von Thalersgrösse gefunden und an seinem vordern Umfange die Eihäute gefühlt. Ich eröffne dieselbe; es geht eine grosse Menge Fruchtwassers ab, der Kopf fixirt sich rasch im Beckeneingange. Der Kopf tamponirt von oben so gut, dass keine irgend nennenswerthe Blutung mehr eintritt; die Wehen eröffnen das Os uteri bald vollständig, treiben den Kopf hindurch und in die Scheide, und um $5\frac{1}{2}$ Uhr tritt derselbe in die äussern Genitalien ein und nach einer kurzen Pause durch sie hindurch. — Das todte Kind zeigt alle Erscheinungen der Anämie. — Die Nachgeburt folgt ihm schnell nach und wird von der Hebamme aus der Scheide entfernt. Der Uterus ist gut contrahirt; von einem Blutfluss keine Spur mehr.

Der weitere Verlauf des Wochenbettes war in so fern günstig, als die sehr anämische Wöchnerin sich, wenn auch langsam, so doch immer mehr und mehr unter dem Gebrauche von Opium, China, Wein etc. erholte, so dass sie nach 14 Tagen schon wieder im Zimmer umhergehen und nach weitern 8 Tagen das Haus verlassen konnte.

Diese beiden Fälle bieten nichts Auffälliges dar. Sie haben indess in Verbindung mit einigen andern von centralem Aufsitzen, welche ich in grössern Anstalten sah, das Vertrauen, welches ich a priori nach den Mittheilungen seiner Lobredner vom Tampon hegte, durchaus nicht gerechtfertigt. Immer ergoss sich entweder das Blut neben den Colpeurynter herab, oder sammelte sich oberhalb desselben in dem grossen Raum an, den er zwischen sich und dem Uterus in dem sehr ausdehnbaren Scheidengewölbe lässt. Ich weiss nicht, ob der Leinwand- oder Charpietampon besser wirkt, würde aber, sollte ich einmal wieder zu tamponiren beabsichtigen, diesen und nicht den Colpeurynter anwenden; denn gerade den obern Theil des Scheidengewölbes, den Raum zwischen dessen Wandungen und dem Mutterhals, tamponirt dieser nicht. (Ich bemerke, dass ich keine *Gariel*'schen Blasen, sondern Colpeurynter gebraucht habe, die ich mir aus Wien verschafft und die nach *Braun's* Angabe verfertigt.)

In Fällen von centralem Aufsitzen verdient das Accouchement forcé gewiss den Vorzug von allen andern Verfahrungsweisen; indess muss es ausgeführt werden, wenn die Schwangere noch verhältnissmässig wenig Blut verloren, noch nicht Erscheinungen der Anämie zeigt. Denn sind diese schon vorhanden, dann wird die während der Operation eintretende Hämorrhagie, so wie die Entleerung der Bauchhöhle durch dieselbe eine Anämie der Nervencentren herbeiführen, der wenige Organismen widerstehen können. In solchen Fällen scheint das *Simpson*'sche Verfahren, die ganze Placenta von dem Kinde zu lösen, doch nicht so vollständig zu verwerfen zu sein, wie es bei uns zu Lande die Regel ist. Die Erfahrung lehrt, dass die Kinder unter jenen Umständen fast immer todt geboren werden; und da demnach ihr Leben bei Plac. praev. centr. höchst selten erhalten wird, so sehe ich keinen Grund, warum in Fällen, wo das Accouchement forcé nicht ausgeführt werden kann, jener Weg nicht einzuschlagen, durch den wirklich die Blutung sistirt wird, wie wenigstens zahlreiche Beobachtungen von *Simpson* (Obstetric Memoirs. I), *West* (*Forbes'* Review, Jan. 1847), *Waller* (Med. Times 1853), und *Crosse* (Cases in Midwifery, by *Copemar*, 1851) u. A. darthun.

Bemerkenswerth ist es, dass während in hiesiger Stadt in mehr denn 4 Jahren sich kein Fall von Placenta praevia zeigte, diese beiden in einem so kurzen Zeitraume hinter einander sich zutrugen; ein 3. Fall (von centralem Aufsitzen) mit ungünstigem Verlaufe kam 9 Tage nach dem 2. von mir erzählten in der Praxis eines Andern vor.

V. Zur Zangenoperation.

Unter den Indicationen zur Zangenanlegung ist Wehenschwäche die häufigste, und zugleich diejenige, mit der der grösste Missbrauch in der Praxis getrieben wird. Der Kopf steht auf dem Beckenboden, die Wehen scheinen mehr oder weniger stark, nur nicht für den individuellen Fall genügend, denn der Kopf passirt trotz ihrer die äussern Genitalien nicht; dem Geburtshelfer geht die Geduld aus (weit öfter als der Gebärenden) und er greift zu seinem die Scene beendigenden Instrument, je nach der Fähigkeit mit mehr oder weniger Glück. — Dass ein solches Verfahren nicht zu rechtfertigen, obgleich es das gebräuchlichste, braucht wohl kaum erwähnt zu werden.

Viel häufiger aber, als diese wirkliche Wehenschwäche (welche ich besonders bei Erstgebärenden in genannten Geburtsstadien äusserst selten fand) sind die Fälle, wo der Kopf auf dem Beckenboden trotz kräftiger Wehen stehen bleibt und obgleich gegen den Scheidenmund bei jeder Uterincontraction angedrängt, doch nicht über den Damm hervortritt. Die Nachtheile zu frühen, und vor Allem unnützen Operirens wohl kennend, verliess ich im Beginne meiner Praxis auch in diesen Fällen mich auf diätetische und wehenverstärkende Mittel, hatte aber oft die traurige Erfahrung zu machen, dass ich gewöhnlich dann doch noch zur Zange greifen musste, denn sehr selten gelang den Wehen die Geburt wirklich. Unter beiden Umständen waren die Neugebornen verhältnissmässig häufig todt. Hierdurch belehrt griff ich später in ähnlichen Fällen frühzeitig zur Zange und war in Bezug auf die Kinder viel glücklicher. Zugleich aber war ich überrascht, wie leicht die Extraction des anscheinend sehr fest stehenden Kopfes gelang. Ich hatte in diesen Fällen kaum nöthig, mit der Zange zu ziehen; eine gehörige Leitung ihrer Griffe

gegen die Bauchdecken der Mutter, wenige Pendelbewegungen zur Seite genügten zur Vollendung der Geburt gewöhnlich. Bisweilen vollführte ich Alles nur mit einer Hand, während die andere den Damm der in ihrer gewöhnlichen Lage verharrenden Frau unterstützte. Und während ich da, wo ich den Kopf längere Zeit in den äussern Genitalien liess, seine Ausstossung durch Secal. corn. etc. zu unterstützen suchte, häufig Urinbeschwerden, Erosionen, entzündliche Anschwellungen des untern Scheidenabschnittes und der Schamlippen vorfand, hatte ich dies nach dem geschilderten Verfahren fast nie zu beklagen.

Die Ursache, welche in den genannten Fällen den Austritt des Kopfes trotz guter Wehen hindert und die Zangenoperation so leicht macht, ist eine rein mechanische und liegt in zu starker Beugung des Kopfes gegen die Brust. Das Gesicht ist gegen das Steissbein gekehrt, der Schädel ruht auf dem Damm, der Nacken liegt hinter, das Hinterhaupt unter der Symphyse und im Scheidenmunde. Der Uterus ist über den Kopf zurückgezogen und wirkt nur noch auf den Rumpf, und in Folge dessen wird das Hinterhaupt mittels der Wirbelsäule, deren Verlängerung jetzt auf den hintern Theil des letztern fällt, bei jeder Wehe tiefer herab, das Kinn stärker gegen die Brust angedrängt — während der Kopf, um geboren zu werden, sich von der Brust entfernen, der Hals sich strecken sollte. Die Contractionen der Perinäalmuskeln, besonders des M. levator ani, welche, sowie die Bauchmuskeln, willkührlich oder reflectorisch in Thätigkeit gerathen, drängen den Schädel noch mehr nach hinten und oben, d. h. gegen die Brust. Der Uterus und die Dammmuskeln wirken hier auf den Kopf, wie zwei auf verschiedenen Seiten des Stützpunktes eines Hebels, aber in entgegengesetzter Richtung wirkende Kräfte, d. h. beide drehen jeden Punkt des Hebels in demselben Sinne. — Deshalb bleiben auch die Wehen und ebenso alle sie verstärkenden Mittel wirkungslos. Was die Zange in solchen Fällen leistet, ist klar. Indem sie gehörig an die Seiten des Kopfes gelegt, nach oben in der Richtung der Verlängerung der Achse des Beckenausgangs geführt wird, entfernt sie das Kinn von der Brust, streckt den Hals und bringt so den Kopf zu Tage.

Aus dem Becken ist er schon längst herausgetreten, die Zange führt ihn nur über den Damm weg. Sie wirkt hier weniger durch Zug, sondern eigentlich als ein Hebel; sie ist hier ein stellungsverbesserndes Instrument. Dass sie langsam in die Höhe geführt werden müsse, versteht sich von selbst, man könnte sonst den Damm durchbrechen.

Was ich hier mitgetheilt, ist nicht neu, aber wenig beachtet. Nur *Cazeaux* giebt in seinem Lehrbuche der Geburtshülfe (4. Auflage) eine klare Darstellung desselben. Wenn auch diese übermässige Beugung des Kopfes nicht 9 Mal unter 10 Fällen von Zangenoperation die Indication dazu abgiebt, wie *C.* anführt, so ist sie doch die häufigste und die, welche die Zange in ihrem schönsten Lichte erscheinen lässt. So selten dieselbe bei Wehenschwäche indicirt ist, so sehr ist sie es in den erörterten Fällen.

Ich hoffe nicht, dass Jemand diese kleine Mittheilung so deute, als wollte ich unnützes und voreiliges Operiren damit begünstigen. Dem würde ich erwidern, dass die schlimmsten Nachtheile da entstehen, wo man trotz der triftigsten Indicationen dazu von operativen Eingriffen absteht; und dass dem Geburtshelfer nicht so sehr eine grosse Fertigkeit im Gebrauche seiner Instrumente, als die Kunst, die passenden Fälle zu ihrer Anwendung auszuwählen, nöthig ist.

IX.

Drei Fälle von künstlicher Frühgeburt nach der Cohen'schen Methode

von

Credé.

Die günstigen Ergebnisse, welche ich in zwei früheren Fällen von künstlicher Frühgeburt durch die *Cohen*'sche Methode zu beobachten Gelegenheit hatte, (s. Monatsschrift f. Geburtskunde u. s. w. Bd. 7, Heft 2), veranlassten mich in drei neuen Fällen, welche sich mir in letzter Zeit für obige

Operation geeignet darboten, dasselbe Verfahren anzuwenden. Die nähere Beschreibung der einzelnen Fälle wird hinreichend darthun, dass ich Grund habe, mit der *Cohen*'schen Methode im höchsten Grade zufrieden zu sein, und dass ich deshalb keinen Anstand nehmen darf, dieselbe dringend für ähnliche Fälle zu empfehlen.

Fall I.

Johanne Wilhelmine Heller aus Naundorf hatte im September 1853 in der hiesigen Gebäranstalt eine sehr schwere Entbindung durchgemacht. Das Kind war sehr gross gewesen, wog beinahe 10 Pfund med. Gew., war 20″ par. lang, die Kopfdurchmesser betrugen 4″, 4″, 4½″, 4¾″; die Breite der Schulter 5¼″, der Hüften 3½″. Das Kind lag mit dem Steisse vor, das Becken war durch starkes Einspringen des Promontorium verengt, so dass schliesslich unter grosser Anstrengung nach mehr als einstündiger künstlicher Hülfe ein sehr grosses, aber todtes Kind entwickelt worden war. Auch die künstliche Lösung des Fruchtkuchens war wegen nicht unbeträchtlicher Blutung nothwendig gewesen. Das Wochenbett verlief darauf mit mancherlei Störungen, führte aber schliesslich zur vollständigen Genesung. —

Am 10. Mai 1857 meldete sich die jetzt 32jährige *Heller* zur Aufnahme in die Gebäranstalt, angeblich weil sie bereits Wehen verspüre. Die Untersuchung ergab jedoch keine Spuren begonnener Geburtsthätigkeit, dagegen einen bedeutenden Vorfall der vorderen Scheidenwand, welche Kindeskopfgross und blauroth strotzend geschwollen aus den Genitalien hervorragte. Die *H.* gab an, dass dieser Zustand sich erst auf dem soeben zurückgelegten etwa 3stündigen Wege zur Gebäranstalt ausgebildet habe. Ruhige Lagerung in den nächsten Tagen hob das Uebel bald vollständig. Aus den Angaben der Person, die übrigens nicht zuverlässig sind, ergab sich, dass sie bis zum Anfange des November 1856 noch in der gewöhnlichen Weise, dann nicht mehr menstruirt gewesen sei und dass sie im Januar 1857 die ersten Kindesbewegungen wahrgenommen habe. Die objective Untersuchung ergab eine kräftige, untersetzte, mit starkem Körperbau ausgerüstete Person, die Brust war gross, voll und derb, mit

zahlreichen alten Rissen in der Haut bedeckt, die Warzen gross und hervorstehend, der Warzenhof klein, scharf begrenzt, sehr dunkel und mit spärlichen grossen *Montgomery*'schen Drüsen versehen. Die Ausdehnung des Bauches betrug 38″ par., die Haut desselben war schmutzig grau gefärbt, hatte zahlreiche alte und neue Einrisse, die Mittellinie war stark pigmentirt, der Nabel flach und breitgezogen. Der Grund der Gebärmutter stand eine kleine Handbreite unter dem Rippenrande der Herzgrube, die Gebärmutter war nach allen Seiten sehr ausgedehnt, kugelförmig, überall weich mit schwachen Hervortreibungen rechts vorn. Der Mutterhals stand sehr hoch, nach links und hinten zugewendet, war $^1/_4$″ lang, weich, schlaff und mehrfach im Muttermundsrande eingekerbt, die Oeffnung war noch fest geschlossen. Als vorliegenden Kindestheil fand man den Kopf, der aber sehr hoch über dem Becken stand und sehr beweglich war; nach der äusseren Untersuchung ergab sich die zweite Schädeleinstellung, welche jedoch öfter in Folge der grossen Masse von Fruchtwasser und der ausserordentlichen Lebhaftigkeit des Kindes mit andern Kindeslagen wechselte, die Herztöne waren meist vorn rechts deutlich zu hören, das Gefässgeräusch schwach mehr in der Mittellinie des Bauches. Das Kind war nach allen Andeutungen kräftig entwickelt. Nach diesen Erscheinungen hielt ich die Schwangerschaft bis in die erste Hälfte des 9. Monates vorgerückt, so dass etwa noch 7 Wochen bis zur Beendigung derselben übrig waren; diese Annahme wurde auch durch den weiteren Verlauf bestätigt, indem die Gebärmutter in der nächsten Zeit noch an Umfang bedeutend zunahm und der Grund um den 8. Juni herum seinen höchsten Stand erreichte, von da an sich allmälig wieder senkte. Das Becken war nicht hohen Grades verengt, ergab auch nur in der Conjugata eine Verkürzung, während die übrigen Theile fast normal gross und im Ganzen gut geformt waren. Die Entfernung der Spinae ilei betrug $9^1/_2$″, der Cristae ilei 11″, der Trochanteren $11^1/_2$″, die Conj. externa knapp $6^3/_4$″, die Conj. diagonalis $3^1/_2$″, die Conj. vera schätzten wir auf etwas über 3″. Diese Beckenverhältnisse allein würden uns nicht zur Erregung der Frühgeburt bewogen haben, wenn nicht das Kind eine verhältnissmässig starke Entwickelung gezeigt

hätte und bei dem Abwarten des rechtzeitigen Endes der Schwangerschaft ein sehr zweifelhafter Ausgang für das Kind anzunehmen gewesen wäre, ähnlich, wie bei der ersten Entbindung. Diese Umstände veranlassten uns denn, erst in einer etwas späteren Zeit, im Anfange des 10 Monates das künstliche Verfahren einzuleiten. Die weichen Geburtswege waren bis zu dieser Zeit hin noch lockerer geworden, der Muttermund hatte sich ein Wenig geöffnet, so dass man soeben mit der Fingerspitze bis auf die Eihäute dringen konnte. — Am 15. Juni früh 8 Uhr, noch während der klinischen Stunde wurde ein gewöhnliches Mutterrohr seiner ganzen Länge nach also 6″ hoch vorsichtig zwischen die Eihäute und Gebärmutterwand eingeschoben, was leicht und ohne Schmerzen gelang, dann wurden mittels eines Pumpapparates 8 Unzen lauwarmen Wassers mit mässig kräftigem Strahle eingespritzt, wovon die Schwangere kaum eine Empfindung hatte. Sowohl während des Einspritzens, als nach dem Fortnehmen des Rohres floss kein Wasser ab, vielmehr blieb in den nächsten Stunden, in welchen die Schwangere die ruhige Rückenlage einhielt, alles Eingespritzte zurück. Die Schwangere blieb durchaus wohl und behaglich, als ob gar nichts mit ihr geschehen sei. Mittags um $^3/_4$1 Uhr klagte sie über die ersten Wehenschmerzen und von jetzt an begann sehr allmälig der Abfluss des eingespritzen Wassers. Die Wehen entwickelten sich anfänglich zwar sparsam, aber ganz regelmässig, um 10 Uhr Abends hatte der Muttermund die Grösse eines Thalers, Wasser floss von da ab nicht mehr, die Blase drängte sich gut ein, der Kopf blieb aber noch hoch und beweglich stehen; gegen 2 Uhr früh am 16. Juni war der Muttermund vollständig erweitert, die Fruchtblase sprang, der Kopf rückte unter sehr kräftigen Wehen ein, blieb eine Zeitlang im Beckeneingange stecken, während welcher Zeit sich auch eine nicht bedeutende Geschwulst auf dem linken Scheitelbeine bildete, dann rückte er unter einer sehr kräftigen Wehe plötzlich über die enge Stelle und war durch die zwei folgenden Wehen um $2^1/_4$ Uhr vollständig geboren, während eine dritte Wehe den Rumpf herausbeförderte, dem die Nachgeburt alsbald folgte. Es war demnach seit der ersten und einzigen Gebärmuttereinspritzung ein Zeitraum von $18^1/_4$, seit dem

Beginne der Wehen von 14½ Stunden bis zur vollständigen Beendigung der Geburt verflossen. Das geborne Mädchen wog 7¼ Pfund und war 16″ par. lang, hatte eine stärker gerö-thete Haut, noch deutliche Spuren von Wollhaar und weichere Nägel. Die Kopfdurchmesser waren der gerade 4″ 8‴, der senkrechte 3″ 7‴, der quere 3″ 2‴, der schräge 5″ 6‴, der grösste Umfang des Kopfes 16″, die Breite der Schultern 4″ 2‴, die der Hüften 3″ 3‴. Am Kopfe zeigte sich weder eine eingedrückte, noch verletzte Stelle, seine Form war ziemlich regelmässig oval, die Kopfgeschwulst unbedeutend. Der Nabelstrang war 19″ lang, der Fruchtkuchen 1½ Pfund schwer. Da nach der genauen Beobachtung der Schwangeren in den letzten Wochen und nach einigen Zeichen an dem sonst grossen und kräftigen Kinde eine um etwa 3 Wochen zu früh erfolgte Geburt keinem Zweifel unterworfen war, so würde in diesem Falle bei rechtzeitiger Geburt ein gewiss sehr grosses Kind nur mit ausserordentlicher Schwierigkeit entwickelt worden sein. Der weitere Gesundheitszustand des Kindes liess nichts zu wünschen übrig, es gedieh vortrefflich und auch die Mutter machte ein völlig normales Wochenbett durch.

Fall II.

Johanne Juliane Ententhum aus Stötteritz bei Leipzig, 37 Jahre alt, hatte bereits 6. Mal geboren, die beiden ersten Male ausgetragene lebende Kinder, langsam, aber ohne Kunsthülfe, das dritte Mal abortirte sie im 2. Monate, das vierte Mal wurde wegen Festkeilung des Kopfes die Zange angelegt und ein lebendes Kind entwickelt, das fünfte Mal blieb der Kopf wieder sehr lange stecken, wurde zwar vor der Ankunft des Geburtshelfers durch die Natur geboren; das Kind war aber abgestorben, das sechste Mal endlich wurde wegen Querlage die Wendung auf die Füsse gemacht, wonach der Kopf so fest stecken blieb, dass er nach vergeblicher Anwendung der Zange mittels der Perforation und Kephalothrypsie verkleinert und mit Haken entwickelt werden musste. Ueber die Verhältnisse der jetzigen Schwangerschaft wusste die Schwangere durchaus keine sicheren Angaben zu machen, so dass wir zur Zeitbestimmung allein auf die Ergebnisse der Untersuchung angewiesen waren. Danach stellte sich heraus, dass zu Ende

August 1857 die Geburt zu erwarten war. Die Beckenmessung ergab: Entfernung der Spinae ilei 9″ 9‴, der Cristae ilei 10″ 11‴, der Trochanteren 11″ 8‴, der Conj. externa 6″ 2‴, des Umfanges des Beckens 32″, der Conj. diag. 3″ 1‴, das Promontorium steht tief, springt nicht spitz in das Becken ein, die Conj. vera ist nur unbedeutend kürzer als die Conj. diag., etwa 2″ 10‴ bis 3″. Der Bauch war an dem Tage, an welchem die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde, stark ausgedehnt, etwas hängend, der Gebärmuttergrund ragte 3″ über den Nabel, das Kind stand in der 1. Schädeleinstellung hoch beweglich über dem kleinen Becken und war gross, der Kopf hart, die Fötalherztöne waren deutlich links vom Nabel, das Gefässgeräusch in der rechten oberen Bauchgegend; die Port. vaginalis war weich, ½″ lang, der Rand mehrfach gekerbt, der äussere Muttermund offen, der innere noch schwach verklebt. Wir hatten die Mitte des Juli zur Einleitung der Frühgeburt bestimmt und die Frau angewiesen, zu dem Zwecke in die Gebär-Anstalt zu kommen, sie erschien jedoch erst am 31. Juli. Es wurde sofort an diesem Tage des Morgens 8 Uhr noch während der klinischen Stunde genau wie in dem oben beschriebenen Falle eine Injection gemacht und die Frau dann ruhig in das Bett gelegt. Dieser Act war ohne die geringste Einwirkung für die Frau verlaufen, sie fühlte zwar das Eindringen des Wassers bis hoch in den Uterus, hatte aber weder Schmerzen noch ein unangenehmes Gefühl davon. Nachdem sie eine Stunde in dem Bette zugebracht hatte, war sie von ihrem früheren Entschlusse, ihre Entbindung und das Wochenbett in der Anstalt abzuwarten, wieder zurückgekommen und beharrte so fest auf ihren Willen, wieder nach Hause zu gehen, dass wir sie nicht zurückzuhalten vermochten. Sie ging nunmehr nach dem ¾ Stunden entfernten Stötteritz zurück und verlor unterweges angeblich viel Wasser, wahrscheinlich wohl das künstlich eingespritzte. Mein Assistent Herr Dr. *Germann* übernahm nun die Geburt als eine poliklinische. Der nachgesendete Practikant fand um 11 Uhr die Frau ausser dem Bette, den Kopf noch unverändert hoch, stark nach vorn rechts über den Beckenrand abgerückt, welche Stellung er auch früher öfter eingenommen hatte, neben ihm hoch und beweglich den linken Arm. Der Muttermund war

zur Grösse eines Achtgroschenstückes erweitert, die Fruchtblase leider bereits geborsten und das Wasser abgeflossen. Eigentliche Wehen wollte die Frau noch nicht verspürt haben, sondern nur ein Pressen und Drängen. Die Gebärende wurde auf die rechte Seite gelegt und von Zeit zu Zeit von aussen her der Kopf mittels der Hand auf den Beckeneingang gedrängt, woselbst er sich denn auch in der vierten Einstellung fixirte. Bis gegen Abend 8 Uhr änderte sich nichts Wesentliches in dem Zustande, der im Uebrigen durchaus befriedigend war. Nach 8 Uhr stellten sich dann regelmässige Wehen ein, die anfangs schwach, von 12 Uhr ab kräftiger und häufiger auftraten. Der Muttermund war inzwischen fast vollkommen erweitert, der Kopf stand noch immer hoch, wenngleich fester, die Pfeilnaht im queren Beckendurchmesser. Eine kleine Schlinge der Nabelschnur, welche sich neben dem Kopfe herabgedrängt hatte, wurde um 2 Uhr Morgens am 1. August durch Hrn. Dr. *Germann* glücklich reponirt. Von 3 Uhr ab entwickelten sich äusserst kräftige Wehen, die Herztöne des Fötus waren immer noch regelmässig und deutlich; die Gebärende wurde unruhig und muthlos, presste aber schliesslich doch mit bester Wirkung langsam den Kopf durch die enge Stelle des Beckens, welche er um 6 Uhr überschritten hatte und sich dann in die erste Stellung herumdrehte. Nun mässigten sich die Wehen, die Gebärende wurde ruhiger, aber auch die Fötalherztöne, welche in der letzten Zeit wegen der grossen Unruhe der Gebärenden nicht controlirt werden konnten, waren verschwunden. Um 7¼ Uhr war die Geburt eines leider todten Kindes beendigt. Die Nabelschnur zeigte sich um den Hals geschlungen, lag aber nirgends vor. Die Nachgeburt folgte ½ Stunde später. Das Wochenbett verlief durchaus normal. Das Kind ein Mädchen, war 18″ lang, 6 Pfund 17 Loth schwer, trug Zeichen der Frühgeburt an sich, besonders Wollhaar und nicht geschlossene Schamlippen, der Kopf war über das ganze Hinterhaupt stark geschwollen, die Schädelknochen weich und leicht verschiebbar, unverletzt, das Gehirn hyperämisch, ohne apoplektischen Heerd. Die Kopfdurchmesser betrugen 4″ 7‴, 4‴, 2″ 11‴, 3″ 3‴. —

Also auch in diesem Falle hatte ohne alle üblen Nebenwirkungen eine einzige Einspritzung in den Uterus die Geburt

in Gang gebracht und zwar wahrscheinlich schon bald nachher, während eine regelmässige Wehenthätigkeit sich erst etwa 12 Stunden darauf einfand; 23¼ Stunden nach der Einspritzung war die Geburt, wenigstens für die Frau glücklich zu Ende. Dass der Ausgang für das Kind unglücklich ablief, lag wohl gewiss nicht in der Operation der künstlichen Frühgeburt, sondern in mehreren ungünstigen äusseren Verhältnissen, zunächst dass die Gebärende sich gewaltsam unserer ununterbrochenen Beobachtung durch ihre Heimkehr nach Hause entzog, wo nicht so genau der richtige Zeitpunkt eines künstlichen Eingriffes, der vielleicht das Kind gerettet haben würde, gewählt werden konnte; dann aber war gewiss auch die frühere Verlagerung und die Umschlingung der Nabelschnur, sowie der frühe Abfluss des Fruchtwassers dem Kinde verderblich. Hätten wir mit denselben Schwierigkeiten am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft zu thun gehabt, so wäre wohl sicherlich das Kind auch todt geboren worden, und die Frau hätte ausserdem eine bedeutend schwierigere und langsamere Geburt zu überstehen gehabt, da das Kind jetzt schon eine starke Entwickelung zeigte, die in den noch übrigen 3—4 Wochen wesentlich zugenommen haben würde. Deshalb ist man wohl berechtigt, diesen Ausgang der jetzigen Geburt immer noch als einen günstigen zu betrachten. —

Fall III.

Henriette Vorberger, 24 Jahre alt, früher stets gesund und seit dem 18. Jahre regelmässig, aber reichlich menstruirt, hatte vor 2 Jahren zum ersten Male geboren. Die Geburt soll angeblich volle 8 Tage bei guten Wehen gedauert haben, das Kind starb am 2. Tage nach der Geburt. Die jetzige 2. Conception erfolgte wahrscheinlich Ende März 1857, während vom 12.—15. März die letzte Menstruation sich eingestellt hatte; gegen Ende August bemerkte die Schwangere die ersten Kindesbewegungen. Somit wäre nach diesen Angaben die Geburt gegen Ende des December zu erwarten gewesen, womit auch vollständig die Ergebnisse der am 23. November bei der Aufnahme in die Gebäranstalt vorgenommenen Untersuchung der Schwangeren übereinstimmten. Dieselbe hat einen mittelgrossen, mässig kräftigen Körper, etwas wackelnden Gang,

keine verbildeten Glieder. Die Untersuchung des Beckens ergab die Entfernung der Spinae ilei 9″ 2‴, der Cristae ilei 10″ 5‴, der Trochanteren 11″ 10‴, der Conj. externa 6″ 9‴, der Conj. diag. 3″ 4‴; das Kreuzbein war stark ausgehöhlt, das Promontorium stand tief und sprang sehr spitz in den Beckeneingang ein, die Conj. vera wurde auf 3″ taxirt. Der Leib war gleichmässig ausgedehnt, der Gebärmuttergrund stand in der Herzgrube, das Kind hatte nach der äussern Untersuchung deutlich die 1. Schädeleinstellung, liess kräftige Herztöne wahrnehmen; bei der innern Untersuchung war der Kopf als beweglich vorliegend zu fühlen, die Portio vaginalis etwa 3‴ lang, dick, gewulstet, der Muttermund ein Wenig geöffnet; die Eihäute mit der Fingerspitze erreichbar. Das Kind schien mittelgross, die Masse des Fruchtwassers gewöhnlich.

Nach dieser Sachlage hielt ich die künstliche Frühgeburt für gerechtfertigt.

Am 25. November, also etwa 4 Wochen vor dem rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft, Vormittags 9 Uhr, zu Ende der klinischen Stunde wurde abermals genau ebenso wie in den beiden oben erzählten Fällen die Einspritzung von 10 Unzen lauwarmen Wassers in die Gebärmutterhöhle vorgenommen. Die Ausführung war leicht, liess sich schnell ohne alle Störung bewerkstelligen und die Schwangere hatte weiter keine Empfindung, als dass sich ihr der Leib in der Gegend der Herzgrube etwas auftrieb. Sie wurde in das Bett gelegt, woselbst schon in den ersten 15 Minuten etwa die Hälfte der eingespritzten Flüssigkeit wieder abfloss. Nachdem sie $1^1/_2$ Stunden ruhig gelegen, stand sie abwechselnd auf und ging im Zimmer umher. Um $1^1/_2$ Uhr Mittags wurden die ersten Wehen als leises Ziehen im Kreuze wahrgenommen, welche von nun an in so vollkommen regelmässiger Weise sich entwickelten, wie bei der normalsten Geburt. Nachdem der Muttermund die Grösse eines Achtgroschenstückes erreicht hatte, sprang die Blase und der Kopf rückte in den Beckeneingang. Es entwickelte sich an ihm im weiteren Verlaufe eine nicht unbeträchtliche Kopfgeschwulst. Nachdem erst die enge Stelle des Beckeneinganges überschritten war, erfolgte die weitere Geburt verhältnissmässig schnell. Vom Beginne der ersten Wehen bis zur vollendeten Geburt verliefen $17^1/_2$ Stunden.

Das Kind, ein Mädchen, war kräftig lebend, wog 5 Pfd. 29 Loth, war 19″ lang und trug deutliche Spuren der Frühgeburt in der Färbung der Haut, dem Wollhaar und den Geschlechtstheilen an sich. Die Durchmesser des Kopfes betrugen 4″ 2‴, 3″ 3‴, 3″ 2‴, 5″ 3‴; die Breite der Schultern 4″ 1‴, die der Hüften 3″ 3‴. Der Kopf hatte auf der Mitte des rechten Scheitelbeines, an der Stelle, wo er sich gegen den vorspringenden scharfen Kamm des Schambeines angestemmt hatte, einen länglichen Eindruck, der an der tiefsten Stelle $^1/_2$″ tief war, 2″ im längsten und $1^1/_4$″ im kürzesten Durchmesser hatte, und dessen Grenzlinie ziemlich regelmässig zur Ellipse abgerundet war. Diese Depression schien auf das Befinden des Kindes keinen Einfluss zu haben und verringerte sich auch merklich, so dass sie bei der Entlassung am 9. December etwa auf die Hälfte der früheren Grösse reducirt war. Das Kind litt einige Tage an Icterus, erholte sich aber bald wieder, während die Mutter gar keiner Störung des Wochenbettes ausgesetzt war. —

Fassen wir also nochmals kurz die Resultate obiger drei Beobachtungen zusammen, so zeigen sie zunächst eine auffallende Gleichmässigkeit der Erscheinungen. Jedesmal war nur eine einzige Einspritzung gewöhnlichen lauwarmen Wassers nöthig, um die Geburt nach einigen Stunden in einen vollständig geregelten Gang zu bringen; die Frauen hatten nicht die geringsten Beschwerden von der Einspritzung, ja bemerkten kaum, dass etwas mit ihnen vorgenommen war, die Geburten hatten einen günstigen Verlauf, 2 der Kinder wurden lebend geboren und blieben am Leben, das dritte Kind wäre vielleicht auch zu retten gewesen, hätten nicht anderweitige ungünstige Verhältnisse stattgefunden; die Wochenbetten waren ohne alle Störung für die Mütter. —

X.

Ueber Tympanitis uteri.

vom

Dr. G. Heise,

Königlich Hannoverschen Sanitäts-Rath und Ober-Gerichts-Physicus zu Nienburg an der Weser.

Ein vom Herrn Dr. *A. Valenta*, k. k. Oberarzt und Assistent bei der Lehrkanzel für Geburtshülfe im Josephinum, mitgetheilter Fall von Tympanitis uteri (v. Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. No. 7. 16. Febr. 1857) giebt mir Veranlassung zu der Mittheilung eines ähnlichen, schon 1849 beobachteten Falls.

Am 6. August 1849, Morgens 5 Uhr, erschien bei mir der Anbauer *H. B.* aus V., angebend „seine Frau sei seit zwei Tagen (den 4. h. Nachmittags) häufig von Kindswehen mit viel Blutabgang belästigt. Letzterer cessire zwar jetzt und sei nach Aussage der Hebamme die Kindslage nicht ungewöhnlich, indess rücke die Geburt nicht weiter." Der Mann erbat sich dann etwas zur Förderung der Geburtsthätigkeit, wünschte aber für jetzt meinen Besuch nicht; beiläufig wohnte er eine Meile von mir entfernt.

So unbekannt mit allen nähern Verhältnissen des angeblich rechtzeitigen Geburts-Vorganges, konnte ich nur vorzugsweise auf etwaige Krampfwehen und die Metrorrhagie mein Augenmerk richten. Es wurde daher zweistündlich ein Pulver aus „Radix Ipecac. gr. ij" verordnet, nebst Ruhe im Bette.

Hiernach hatte sich wesentlich nichts geändert, weshalb ich veranlasst wurde, Nachmittags $2^1/_2$ Uhr bei der Kreissenden zu erscheinen. Dieselbe war 43 Jahre alt, mittlerer Grösse, wohl gebauet, gut genährt, robust und Multipara. Seit gestern war eine nur mässige Quantität Fruchtwassers, mit vielem Blute vermischt, spontan abgegangen.

Status praesens: Seit heute früh 10 Uhr stand der Kopf des Kindes mit stark übereinandergeschobenen Schädelknochen unbewegbar im Einschneiden und ward derselbe als nicht

hochgradiger Hydrocephalus erkannt. Der Uterus enorm, bis in die Herzgrube ausgedehnt und mit und ohne Berührung äusserst schmerzhaft, hart anzufühlen (im steten tonischen Krampfe) und gleichsam in zwei Abtheilungen getheilt. Stuhl- und Urin-Ausleerungen waren erfolgt; die Haut trocken und heiss; die Respiration schnell; der Puls klein und unterdrückt; die Kreissende sehr angegriffen, fast erschöpft.

Diagnose. Es lag also ein hydrocephalischer Kopf vor. Woher es aber kam, dass dieser nicht vorrückte, blieb zur Zeit unerklärlich. An das Leben des Kindes war nicht zu denken; ausserdem hatte die Frau öfters und zuletzt vor vier Tagen, Nachts, einen heftigen Schüttelfrost überstanden. Ob nun bei dem Fötus Hydropsie oder Ascites ausserdem noch stattfand, oder ob Zwillinge vorhanden waren, die gar aneinander gewachsen sein konnten, stand schwer zu ermitteln.

Unter diesen Umständen war wohl die nächste Indication: Beseitigung oder doch wenigstens Verringerung der spastischen Ausdehnung des Uterus. Bei angemessener Lagerung der Kreissenden ward zu diesem Zwecke annoch eine Dosis der Ipecac. gereicht.

Jetzt suchte ich den sehr zusammendrückbaren Kindskopf mit der Hand zu entwickeln. Der Erfolg war vergeblich aber instructiv. Bei dieser Manipulation entwickelte sich aus der Vagina eine Menge pestilentialisch riechenden Gases, wobei Volumen und Spannung des Uterus sich verringerten.

Jetzt war es evident, dass Fäulnissgase mindestens Mitursache der enormen Ausdehnung und Spannung des Uterus waren.

Bei krampfhaften Constrictionen des Uterus hatte ich vielfältig den besten Erfolg von äusserlicher Anwendung der Belladonna gesehen. Ich liess deshalb alsobald Extr. Belladon. 3β mit Wasser malaxirt in die Regio hypogastrica einreiben. Auch dieses Mal blieb die Wirkung dieses Mittels nicht aus; nach 10 Minuten schon verminderten sich die Leibschmerzen merklich danach. (Wehen waren nicht vorhanden.)

Diesen Augenblick nahm ich wahr, um neben dem Kopfe mit der Linken einzugehen und weiter zu exploriren. Die Vagina war ziemlich geräumig, das Orificium uteri indess sehr krampfhaft um den Hals des Fötus constringirt. Dennoch

gab gedachte Constriction so viel nach, dass ich drei Finger in die linke Axilla des Fötus bringen u. s. w., mühsam den Arm dieser Seite entwickeln konnte. Hiernach ward es ermöglicht, obwohl äusserst schwierig, den Kopf und übrigen Kindskörper zu extrahiren.

Unmittelbar hiernach und noch mehr nach von Aussen angebrachtem Druck auf den Uterus entwickelte sich aus den Genitalien der Frau unter lautem Geräusch eine ganz enorme Menge übelriechenden Gases, wobei Hören und Sehen verging, wie man zu sagen pflegt.

Durch Manipulationen contrahirte sich der Uterus nur sehr langsam und blieb die Placenta noch zurück. Die Leibschmerzen dagegen waren geschwunden; die Respiration noch schnell; der Puls fast ganz unterdrückt und stellte sich heftiger Frost bei der Frau ein.

Nicht weniger entstand jetzt eine starke Blutung aus den Genitalien, zu deren nothwendiger Stillung, bei dem erschöpften Zustande der Frau, zunächst die Nachgeburt entfernt werden musste; dies war ausserdem erforderlich, um den so lange und so gewaltsam ausgedehnt gewesenen Uterus Gelegenheit zur völlgen Contraction zu geben. Einem Zuge an der matschigen Nabelschnur folgte die Placenta nicht, ich musste dieselbe daher künstlich lösen. Hierbei fand ich nun den Uterus in seinem Volumen bedeutend verringert, dennoch ging die Hand in ihn ein, wie in einen ausgehöhlten Kürbis. Die ziemlich normal beschaffene Nachgeburt befand sich links und oben im Uterus in gewöhnlicher Adhärenz, weshalb sich dieselbe unschwer entfernen liess. Durch Compression des Uterus sistirte die Blutung.

Die Wöchnerin ward hierauf in einem fast erschöpften Zustande zu Bett gebracht und wurden Analeptica gereicht. Noch fast eine Stunde dauerte dieser Zustand, bis gleichsam durch ein kritisches Erbrechen (mit durch Ipecac. veranlasst) der Puls sich hob und alle Functionen sich neu belebten.

Die Frau erholte sich bald vollständig und lebt heute noch.

Das Kind war ein Hydrocephalus weiblichen Geschlechts; ausser dem Kopfe stark und gehörig entwickelt; bläulich von Farbe, emphysematisch aufgetrieben, mit überall trennbarer Epidermis.

Durch Gas-Entwickelung aus dem gewiss seit einigen Tagen abgestorbenen Fötus war diese Tympanitis uteri offenbar entstanden; doch wohl vorzugsweise in den letzten 24 Stunden. Seit dieser Zeit waren, wie bemerkt, die Fruchtwasser abgeflossen, mithin hatte auch in dieser Jahreszeit eine wärmere atmosphärische Luft Zugang gehabt.

Das Zustandekommen der gedachten Tympanitis erkläre ich mir folgendermassen: Der ganz ungewöhnlich zusammenschiebbare Kindskopf war sicher durch die Anfangs noch thätige Wehenkraft bei wenig Liq. amn., daher auch durch eine Blase wenig ausgedehnten Muttermund, durch diesen herabgetreten. Das Orificium uteri hat dann weiter den Hals des Kindes eingeschnürt und der grössere Durchmesser der Brust und Schultern hat den Verschluss der Uterinhöhle vollendet. Dieser Verschluss ist ferner durch anomale Wehen (welche man häufig bei missgebildeten Fötus antrifft) stets normwidriger geworden, da denn die einmal begonnenen Gas-Entwickelung nach physischen Gesetzen stets zunehmen, wie eben in dem Masse die Tympanitis uteri sich steigern musste. War nun einmal der Uterus widernatürlich ausgedehnt, so erklärt es sich leicht, wie seine Functionen gestört werden und die Geburt sich ungewöhnlich verzögern musste.

In ähnlichen Fällen, und besonders bei Querlagen, würde ein silberner männlicher, angemessen applicirter Katheter zur grossen Erleichterung der Kreissenden einen Theil des Gases entfernen können.

XI.

Notizen aus der Journal-Literatur.

Jacquemier: Ungewöhnliche Grösse des Fötusrumpfes als Geburtshinderniss.

Nach *J's.* Ansicht ist gerade in der neuern Zeit fast gar nicht Rücksicht genommen worden auf ein Geburtshinderniss, welches durchaus nicht sehr selten vorkommt, nämlich die ungewöhnliche Ausbildung des Fötusrumpfes im Verhältniss zum Kopfe. Er theilt uns 2 Beispiele mit, die allerdings viel Interessantes dar-

bieten. Die erste Beobachtung wurde in *Stolz'* Klinik zu Strassburg gemacht:

L. S., 43 Jahre alt, kräftiger Constitution, wurde am 4. Jan. 1857 in Wehen zur Klinik gebracht. Seit 12 Jahren verheirathet, hatte sie 7 Mal leicht geboren und ihre 8. Schwangerschaft zeigte nichts Ungewöhnliches, ausser einer bedeutenden Ausdehnung des Leibes. Sie glaubte sich über die rechte Zeit schwanger und berichtet, dass sie am 1. Januar gefallen und seitdem keine Bewegungen mehr gefühlt habe. Die Wehen waren kräftig und gegen 6 Uhr des Morgens kam ein Theil des Kopfes zum Durchschneiden, den ein herbeigerufener Geburtshelfer vollends entwickelte; ausser dem linken Arm vermochte er jedoch den Rumpf nicht weiter hervorzuziehen, weshalb er die Frau nach der Klinik schickte. Daselbst wurde sie $^1/_2$12 Uhr aufs Querbett gebracht und Tractionen am Kopf und Arm gemacht, wodurch sich der Hals verlängerte und der Arm ziemlich abriss, ohne dass der Rumpf weiter rückte. Der Arm wurde abgeschnitten und ein Haken in die Brust eingesetzt. Durch kräftigen Zug mit demselben entstand jedoch nur ein Riss ins Fleisch und Bruch mehrerer Rippen, so dass eine Lunge heraustrat. Mittels der Finger wurde nun die Brust mit der vordern Schulter entwickelt, so dass der Bauch in die Scheide herabtrat. Als auch dieser stecken blieb, öffnete *Stolz* die Bauchhöhle und entfernte die Eingeweide, hierauf brachte er den Querdurchmesser des Fötus in den diagonalen der Mutter, worauf die vollkommene Entwicklung leicht gelang. Das Aeussere des Fötus zeigte deutlich, dass er bereits vor der Geburt abgestorben war. Sein Gewicht betrug 5600 Grammes, die Grösse 64 Centm. Der Occipito-mental-Durchmesser 16 Cm., der Occip.-frontal-Durchmesser 15 Cm., der Bi-parietal-Durchmesser 11 Cm. Der Schulterdurchmesser 21 Cm. Der Thorax von vorn nach hinten 15 Cm. Der Abstand der Trochanteren 14 Cm., der Umfang des Beckens 34 Cm. Auch die Placenta entsprechend ungewöhnlich stark entwickelt, ihr Gewicht betrug 870 Grammes, der Querdurchmesser 17 Cm., der Längendurchmesser 19 Cm., der Nabelstrang war dick und 90 Cm. lang.

In Folge des heftigen Drucks der Beckenorgane der Mutter entwickelte sich Gangrän der Scheide und Labien; das Perinäum war vollständig eingerissen. Die Wöchnerin erlag einer Peritonitis und Pyämie.

Eine ähnliche Beobachtung theilt *Deroux* seinem Lehrer *Cazeaux* mit:

Eine 34jährige, gut gebaute Drittgebärende, fühlte am 14. Novbr. 1853, früh 4 Uhr die ersten Wehen. Zwei hinzugerufene Geburtshelfer machten vergebliche Zangenversuche, bis Abends 10 Uhr *Deroux* behufs der Craniotomie hinzugerufen wurde. Derselbe fand die Gebärende am 15. früh 1 Uhr bereits sehr schwach, jedoch noch voll Muth, sich jeder Operation zu unterwerfen; die

Contractionen noch sehr energisch, alle Theile sehr verschwollen. Durch kräftige, eine Stunde anhaltende Tractionen mittels der Zange gelang es ihm endlich den Kopf in der 2. Position zu entwickeln, worauf sich alsbald das Gesicht des Kindes nach dem linken Schenkel der Mutter drehte. Nun aber hörten die Wehen auf, es gelang nur noch mit Mühe den rechten Arm zu entwickeln, die Frau wurde immer schwächer und starb.

Alle Versuche, den Rumpf zu entwickeln, blieben fruchtlos. Man machte den Kaiserschnitt, um die Lage des Kindes zu sehen. Der Rücken sah nach rechts vorn, der linke Arm lag frei an der linken Seite; der ganze Körper des Kindes war ungewöhnlich gross. Drückte man, die Wehen nachahmend, auf den Körper des Kindes, während von aussen am Kopf und Arm gezogen wurde, so stemmte sich die linke Schulter gegen den Schamknochen und verhinderte so die weitere Entwicklung. Nach vorgenommener Symphysiotomie gelang die Entwicklung sofort. Das Kind wog 9 Pfund, war 59 Cm. lang, der Biparietal-Durchmesser betrug 10 Cm., der Occipitaldurchmesser 11½ Cm., die Schulterbreite 13 Cm.

(Gaz. hébdom. 21. Aug. 1857. No. 34.)

Martin: Ueber die Retroversion der schwangern Gebärmutter.

In gleicher Weise wie die Schwangerschaft modificirend auf die Oeconomie des ganzen weiblichen Organismus einwirkt, bedingt sie auch wesentliche Veränderungen im Uterus selbst und namentlich sind es die Lageveränderungen, die uns sogleich ins Auge fallen. Senkungen, bis zum Vorfall, sind sehr gewöhnlich, seltener die Anteversion, häufiger wieder als man im allgemeinen annimmt die Retroversion. Ihr Vorkommen beschränkt sich in der Regel auf die ersten drei Schwangerschaftsmonate. Als begünstigende Ursachen ihres Entstehens sind zu nennen: 1) der Druck der Eingeweide; 2) ungewöhnliche Ausdehnung der Blase; 3) das in der Schwangerschaft so häufige Brechen; 4) das Tragen von Lasten vor sich her; Pressen beim Stuhlgang; Körpererschütterungen beim Reiten, Fahren etc.

Die charakteristischen Symptome sind bei langsamer Entwicklung der Retroversion Schwere im Unterleib, Verstopfung, Urinverhaltung, Tenesmus, Schmerzen im Becken, Brechen, Fieber, kurz alle Erscheinungen einer Incarceration. Mitunter hält man die auftretenden Symptome nur für Beschwerden der Schwangerschaft. Die Diagnose ist nicht schwer durch die Vaginal- und Rectalexploration zu stellen. Als vorzüglich peinliche Complicationen sind hervorzuheben die Entzündung und Schmerzhaftigkeit des ganzen Leibes, das heftige Erbrechen, der Tenesmus und selbst Gangrän; Austreten des Uterus aus der Scheide wurde von

Mayer beobachtet; selbst das Bersten der Blase ist vorgekommen. Die Prognose ist meist eine ungünstige und dies um so mehr, je länger die Retrov. bestand. Abortus ermöglicht die Heilung.

Behandlung. Vor Allen muss öfters des Tags durch Kunsthülfe Stuhl und Urin entleert werden. Die Application des Katheters ist nicht immer leicht und man nimmt am besten einen männlichen Katheter dazu. Mitunter genügt das öftere Katheterisiren bei anhaltender Seitenlage zur vollständigen Heilung. Die Punction der Blase ist überflüssig. Ausserdem sind nöthig, Blutentziehungen, erweichende Umschläge und Einreibungen, allgemeine und örtliche Bäder. Die Anästhesie ist ein sehr wirksames Mittel zur Beseitigung des Tenesmus.

Die Hauptsache bleibt immer die Reposition des Uterus, welche allerdings mitunter sehr schwierig ist.

Desgranges und *Halpin* bewerkstelligten sie mit Erfolg durch eine in den Mastdarm gebrachte Blase, die sie allmälig aufbliesen; *Amussat* durch Einbringen von 1 oder 2 Fingern, *Dussausoy*, der ganzen Hand in den Mastdarm. Vf. zog mit dem Zeigefinger der linken Hand den Hals herab und mit der rechten Hand im Rectum den Grund hinauf, wodurch die Reposition gelang. In einem hartnäckigeren Falle brachte er ein einfaches Gorgeret in das Rectum, während die Frau die Knie-Ellenbogenlage inne hatte. Ein wichtiges Hülfsmittel sind immer die Chloroforminhalationen.

(Gaz. des Hôpit. No. 94. 11. Aug. 1857.)

Habit: Ueber Atresien der weiblichen Genitalien.

An den weiblichen Genitalien kommen die verschiedensten Arten der Atresien vor, theils sind sie vollkommen, theils unvollkommen, theils angeboren, theils erworben.

Am häufigsten kommen sie am Hymen vor. Verf. erzählt einen hierher gehörigen Fall, wo bei einem 15jährigen, übrigens gesunden Mädchen aus Ungarn, seit $2^1/_2$ Jahren alle 4 Wochen Menstruationsbeschwerden ohne Aussonderung von Blut aufgetreten waren und sich bei der Untersuchung klar die Verhaltung des Menstrualblutes durch ein 1‴ dickes, verschlossenes Hymen herausstellte, dessen künstliche Oeffnung 3 Pfd. alten Menstrualblutes zum Abfluss brachte und in kurzer Zeit die Gesundheit herstellte. Trotz der leichten Diagnose war die Kranke von mehreren Aerzten ihres Vaterlandes an den verschiedensten Uebeln behandelt worden und ihr die mannigfachsten Erklärungen ihres Zustandes zugekommen. Zuerst wurde sie an Chlorose behandelt, dann an Wassersucht des Eierstockes, dann für schwanger erklärt, endlich erklärte einer, der sich herbeigelassen hatte, sie per vaginam zu untersuchen, sie sei so misbildet, dass sie niemals die Regeln oder Kinder bekommen werde. Aus den nach der Operation in den nächsten Tagen sich heraus-

stellenden Erscheinungen glaubt Verf. abweichend von den bisherigen Ansichten annehmen zu müssen, dass der Uterus zwar das Menstrualblut liefere, dies sich aber nur in der Scheide ansammle, seine Höhle aber nicht mit ausdehne, sondern nur den ganzen unveränderten Uterus hinaufschiebe. — In vielen andern Fällen sah Verf. das Hymen nur sehr verdickt und unnachgiebig, so dass sich beim Coitus oder bei der Geburt nicht unerhebliche mechanische Schwierigkeiten ergaben, die meist mittels des Messers beseitigt werden mussten; auch heftige Blutungen in Folge gewaltsamer Angriffe auf ein solches dickes Hymen kommen vor. So wurde ein Mal *Chiari* zu einer derartigen heftigen Blutung gerufen, welche in der Brautnacht entstanden war; der junge Ehemann war nicht im Stande gewesen, auf die gewöhnliche Weise die Entjungferung zu bewirken und hatte mit Hülfe der Finger den unnachgiebigen Ring zerrissen. Es folgte darauf aber eine so heftige Blutung, dass die junge Frau schon blass, blutleer und ohnmächtig war und die blutende Stelle nur durch kräftige Styptica geschlossen werden konnte. — Auf der Frauenabtheilung des Wiener Krankenhauses befand sich im vorigen Jahre ein Mädchen, welches in Folge eines Stuprum eine heftige Blutung bekommen hatte, die aus den Rissstellen des Hymen entstanden war. — Seltener sind die Atresien der Vagina, von welchen der Verf. gleichfalls einen Fall erzählt. Ein 16jähriges Mädchen aus Mähren hatte seit 8 Monaten Molimina menstrualia verschiedenster Art und wusste, dass sie an einer Atresia vaginae leide. Die Verschliessung lag $1\frac{1}{2}$″ hinter dem Hymen, die Membran war glatt, gespannt und etwas hervorgewölbt; sie wurde mit dem Troikar durchstochen, mit einem geknöpften Messer mehrseitig zerschnitten, wobei $1\frac{1}{2}$ Pfd. Menstrualblutes abflossen; ein übrig gebliebener callöser Ring wurde anfänglich durch Presschwamm, später durch Tampons aus Gutta percha allmälig genügend erweitert. — Auch unvollkommene Atresie der Scheide ist nicht ganz selten. So sah Verf. bei einer 25jährigen Erstgebärenden 1″ unter dem Muttermunde in der Scheide einen fleischigen Balken, der von der vorderen Vaginalwand zur hinteren verlief, an den Wurzeln mehr breit, bandartig (bei 6‴ breit) in der Mitte mehr rund, strickartig, mit 4‴ Durchmesser. An beiden Seiten vorbei fühlte man den Muttermund und wenn während der Wehen die gespannte Blase tiefer herabtrat, so fühlte man denselben durch den Balken in 2 gleiche Hälften getheilt. Nach dem Blasensprunge rückte der Steiss herab und kam auf dem Balken zu reiten. Um die Zerreissung an einer ungünstigen Stelle zu verhüten, wurde der Strang mit Leichtigkeit und ohne alle weiteren Folgen in der Mitte durchschnitten.

(Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte zu Wien No. 42. 19. Oct. 1857.)

Valenta: Eine künstliche Frühgeburt nach der *Simpson-Krause*'schen Methode.

Bei einer 33jährigen Person war wegen rhachitischer Verengerung des Beckens bereits im Mai 1856 die künstliche Frühgeburt nach der *Cohen*'schen Methode gemacht worden. Durch 3, am 3., 4. und 5. Mai Morgens vorgenommene Sitzungen hatte man eine 2″ betragende Erweiterung des Muttermundes erzielt; die hierauf eingetretene Wehenschwäche wurde nach einem fruchtlos angewendeten Bade am 5. Nachmittags und nach der künstlichen Blasensprengung nach *Meissner*'s Methode am 6. früh beseitigt, so dass um $8^1/_2$ Uhr Abends ein lebendes Mädchen von 4 Pfund 14 Loth geboren wurde, welches noch lebt. —

Bei der jetzigen Schwangerschaft wurde die *Simpson-Krause*sche Methode gewählt, wobei bekanntlich durch einen zwischen Eihäute und Gebärmutter eingeschobenen fremden Körper eine directe anhaltende Reizung der Innenfläche des Uterus bewirkt werden soll. Am 1. Juli 1857 um $8^1/_4$ Uhr früh wurde ein 3‴ dicker elastischer Katheter über 8″ tief an der hinteren Wand in die Gebärmutterhöhle behutsam vorgeschoben, worauf die Schwangere eine horizontale Rückenlage mit etwas erhöhtem Steisse einnehmen musste. Gleich darauf zeigte der bis dahin ganz indifferente Uterus eine geringe Spannung und 40 Minuten später trat eine unverkennbare Wehe ein; 15 Minuten darauf eine zweite und so bis $10^3/_4$ Uhr in Zwischenräumen von 10—15 Minuten im Ganzen 10 Wehen, welche bereits eine Erweiterung des Muttermundes für 3 Finger bewirkt hatten. Nun folgten bis $2^1/_2$ Uhr sehr rasch 34 Wehen, die Blase stellte sich, die Oeffnung war über $2^1/_4$″; — um 5 Uhr 10 Minuten war der Muttermund ganz erweitert, die Blase bedeutend nach abwärts gedrängt, der Kopf noch immer hoch am Beckeneingange stehend. Um 6 Uhr 34 Minuten, nachdem der Kopf durch kräftige Wehen tief getrieben war, wurde die Blase gesprengt, der Katheter entfernt und um 7 Uhr Abends war ein lebendes Mädchen geboren. Während des ganzen Geburtsverlaufes gab die Kreissende fast gar keine auffällige Aufregung kund, nur nach 5 Uhr während der heftigsten Wehen erbrach selbe zwei Mal. Einige Male war durch die Zusammenziehungen des Uterus der Katheter etwas vorgestossen worden, wurde aber immer wieder zurückgeschoben. Die ganze Geburt hatte kaum 11 Stunden gedauert und ward mittels 106 Wehen auf's Glücklichste für Mutter und Kind zu Ende gebracht. Letzteres wog 4 Pfund 19 Loth.

(Wochenblatt u. Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien No. 43. 26. October 1857.)

Bachetti: **Abortivbehandlung der Extrauterinschwangerschaft durch Electro-Punctur.**

B. zu Pisa übernahm eine Dame in Behandlung, die 29 Jahre alt, kräftiger Constitution, bereits 4 Mal glücklich geboren hatte und sich wieder schwanger glaubte, weil ihre Periode ausgeblieben war, wozu sich Brechen, Ekel, Salivation und andere gewöhnliche Erscheinungen gesellten. Am 29. Decbr. 1852 wurde sie plötzlich von heftigen Schmerzen in der Regio hypogastr. befallen, die durch den geringsten Druck vermehrt wurden. Eine zu frühe Niederkunft fürchtend suchte sie ärztliche Hülfe. Die Empfindlichkeit des Leibes gestattete keine genaue äussere Untersuchung, durch die Scheide konnte jedoch keine Andeutung der Geburt entdeckt werden. Die allgemeinen Erscheinungen führten jedoch auf Schwangerschaft hin. Durch angewendete antiphlogistische Mittel wurde der Zustand gebessert. Acht Tage später entfloss dem Uterus eine kleine Menge Bluts mit albuminösen Flocken. Am 16. Jan. 1853 traten wieder die Zeichen einer heftigen Peritonitis auf und machten eine kräftige Antiphlogose nöthig. Am 25. wurde erst in der linken Fossa il. eine deutlich abgegrenzte Geschwulst bemerkbar, eirund, von der Grösse einer Citrone, die am untern Theil mit dem Uterus zusammen zu hängen schien, während sie oben frei war und beweglich, auf der Oberfläche ungleich, hart, gegen Druck sehr empfindlich.

Bachetti schloss hieraus auf eine Extrauterinschwangerschaft in der linken Tube, womit auch die hinzugerufenen Prof. *Bartolini, Burci* und Dr. *Torri* übereinstimmten. Um nun die weitere Entwicklung des Eies zu verhindern, wurde, nachdem vorher einige Zeit Jodquecksilber und Extr. Conii eingerieben worden waren, die Electro-Punctur vorgenommen und zwar mit so gutem Erfolg, dass nach einer einzigen Application die Verkleinerung des Tumors begann, der am 6. März nur noch von der Grösse eines Taubeneies gefunden wurde; im April zeigte sich die Menstruation wieder und im Mai war die Genesung vollkommen.

(L'Union Médic. No. 41. 4. April 1857.)

Giraudet: **Exfoliation der Mucosa des Uterus.**

Verf. hatte Gelegenheit einen eigenthümlichen Zustand der Uterusschleimhaut von Kühen und Schafen zu untersuchen, welcher eine incurable Sterilität dieser Thiere zur Folge hatte. Diese Thiere verloren zur Brunstzeit durch die Scheide eine reichliche Menge Schleim, hell, klebrig, alkalisch, der dunkler wurde, sich verlor, um bald wieder zum Vorschein zu kommen. Einige der Thiere waren gegen 15 Mal ohne Erfolg belegt worden. Der Uterus einer 7jährigen Kuh, bei welcher der Ausfluss 3 Monate bestand, sah äusserlich ganz normal aus, nur waren die Cotyle-

donen nicht sichtbar. Beim Aufschneiden des einen Horns entquoll eine durchsichtige Flüssigkeit, die bald mit einer fetten, klumpigen Masse gemischt erschien. Die Innenfläche zeigte nur einige Cotyledonen, die sich leicht abziehen liessen, zugleich die Mucosa mitnehmend; sie waren dicker und dunkler. Auf den exfoliirten Punkten sah man eine weisse, fibröse, sehr feste Haut, welche die Uteruswand bildete. Die Ovarien waren normal. Ein ähnlicher Zustand fand sich bei mehreren anderen Thieren. Aehnelt die Exfoliation der Uterusschleimhaut auch der bei Frauen vorkommenden, so unterscheidet sie sich doch wesentlich darin, dass der Ausfluss bei den Thieren ein eigenthümlicher ist, die Gesundheit des Thieres nicht gestört erscheint, die Exfoliation langsamer vor sich geht und die Folge stets Sterilität ist.

Bei den Frauen stösst sich in normaler Weise ein Theil der Schleimhaut ab als hinfällige Haut; es kann aber auch pathologisch, ohne geschlechtliche Beziehung stattfinden. Die Abstossung selbst kann in Stücken oder in ganzen Membranen geschehen, welches letztere schneller und leichter geht. Diese Abstossung bedingt bei Frauen nicht Sterilität, wie bei den Thieren. Bei den Fleischfressern kann sich diese Schleimhaut wieder ersetzen.

Die Ursachen dieser zufälligen Losstossung bei den Thieren, welche eine wirkliche Epidemie werden kann, sind noch unbekannt.

(Gaz. des Hôpit. No. 92. 6. Aug. 1857.)

XII.

Literatur.

Leipzig, Verlag von *W. Engelmann* 1858: Die Geburten mit Vorfall der Extremitäten neben dem Kopfe. Von Dr. *H. Pernice*, Privat-Docenten an der Univers. Halle. 108 S. 8.

Der Umstand, dass die Geburten, bei welchen ein Vorfall einer oder mehrerer Extremitäten neben dem Kopfe stattfindet, in den Handbüchern mit wenigen Ausnahmen fast überall stiefmütterlich behandelt sind, hat den Verf. veranlasst, dieselben einer nähern Untersuchung zu unterwerfen. Er giebt zuvörderst unter der Ueberschrift „Allgemeines“ die Ursachen der fehlerhaften Haltung des Kindes an, und sucht diese 1) im Uterus zu stark ausgedehnt durch Fruchtwasser oder wenn Form- und Richtungsabweichungen vorhanden sind oder fehlerhafte Contractionen des Organs bestehen; 2) in Beckenenge; 3) hat man die Ursache im Fötus selbst zu suchen, so bei nicht völlig reifen und todten Früchten. Nicht immer ist das Einschreiten der

Kunst nothwendig: der Arm neben dem Kopfe zieht sich von selbst zurück oder er ist häufig so gelagert, dass das sonst entstehende mechanische Hinderniss im Becken dadurch verschwindet. Von keiner Bedeutung ist es, wenn neben dem Steisse eine oder die andere Extremität oder die Nabelschnur vorliegt, und untergeordnete Bedeutung hat es, wenn solche Abweichungen bei ausgebildeten fehlerhaften Lagen vorkommen.

Im speciellen Theile blickt der Vf. zuerst auf die Schriften der alten und ältesten Geburtshelfer und führt aus denselben Beobachtungen an. Die Häufigkeit des Vorfalls anlangend, zunächst einer obern Extremität, so kommt der Vorfall einer Hand neben dem Kopfe unbezweifelt häufiger vor, als man gewöhnlich angiebt. Wahrscheinlich ist, dass sie erst nach dem Abgange des Fruchtwassers durch die Treibwehen tiefer herabgetrieben wird. Man fühlt sie deshalb nicht bei der Erweiterung des Muttermundes, selbst nicht nach vollständiger Retraction desselben, sondern findet sie erst beim Durchschneiden des Kopfes durch die Schamspalte an der Seite desselben anliegend. Der Vorfall einer oder beider obern Extremitäten ereignet sich häufiger bei Schädel- als bei Gesichtslagen. Die Vorlage beider Arme ist seltener: dann die Geburt, wo Arm und Fuss vorliegen, seltener die Vorlage beider Füsse und am seltesten aller vier Extremitäten. Dazu hat der Verfasser statistische Nachweisungen aus dem Institute zu Halle mitgetheilt. Unter 2891 Geburten lag eine Hand neben dem Kopfe: 26 Mal, ein Arm 8 Mal, Hand und Nabelschnur 5 Mal, beide Hände 4 Mal, Fuss und Hand 2 Mal; dagegen je einmal: 2 Füsse und 1 Hand; beide Hände, Nabelschnur und ein Fuss; Gesicht, Hand und Nabelschnur. Der Vorfall wird hauptsächlich bedingt durch die aufgehobene Haltung des Fötus; ist sie regelmässig, so kann ein solches Ereigniss nicht stattfinden, da hier die Arme des Kindes so gelagert sind, dass die Contractionen des Uterus einen Einfluss nicht haben können, die Füsse gegen den Fundus uteri gerichtet, jedenfalls zuletzt neben dem Kopfe vortreten würden. Alle Ursachen also, welche zu einer fehlerhaften Haltung beitragen, veranlassen mittelbar den Vorfall der Extremitäten. Der Vorfall der unteren Extremitäten kommt wohl dann hauptsächlich zu Stande, wenn dieselben nicht in den Knien gebogen und die Oberschenkel nicht an den Bauch angezogen sind, sondern am Körper des Fötus gestreckt herabliegen. Treffen dann die Contractionen vom Grunde des Uterus oder noch stärker von einer Tubengegend her das Rumpfende des Fötus und weicht derselbe dem Drucke von oben oder seitlich von oben aus, so erfolgt dadurch eine Beugung des Rumpfes nach vorn und die untern Extremitäten kommen dann um so eher zum Vorschein, wenn der Fötus zwar reif, aber nicht ungewöhnlich stark oder unzeitig oder todt ist. Bei der ersten Schädellage liegt der rechte Arm gewöhnlich an der vorderen

Beckenwand vor. Der Arm zeigt sich entweder gestreckt und dann ist die Hand sehr leicht zu fühlen, oder der Vorderarm verläuft von rechts der Mutter nach links hinüber, wo dann die Hand eben so wenig gefühlt werden kann, als wenn sie unter dem Kinn hinweg nach der entgegengesetzten Seite verläuft. Der linke Arm kommt hier gewöhnlich an der hintern linken Beckenwand zum Vorschein: selten Beugung im Ellenbogengelenk, weil hier grössere Räumlichkeit. Liegt ein Fuss vor, so ist es gewöhnlich der rechte, und zwar an der vordern Beckenwand. Die Nabelschnur zeigt sich gewöhnlich da, wo die Extremität sich befindet.

Weiter giebt der Verf. einen Ueberblick auf die Meinungen der verschiedenen Schriftsteller hinsichtlich des Einflusses der in Rede stehenden Geburtsabweichung, woraus hervorgeht, dass man derselben bis jetzt noch nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt habe. Nöthig ist aber die Kenntniss von den Abweichungen des Mechanismus der Geburt und der Umgehung der Hindernisse von Seiten der Natur, da sie häufig genug nicht im Stande ist, allein die Geburt zu beenden und der Kunst es alsdann zufällt, die Hindernisse womöglich auf demselben Wege, wie ihn die Natur einschlägt, zu beseitigen und die Geburt zur Norm zurückzuführen. Gewürdigt ist dieser Einfluss von *Wigand*, *Busch* und vorzüglich von *Credé* in den Verhandl. der Gesellsch. f. Gebh. 4. Jahrg. p. 183.

Unter 1. schildert der Verf. den Einfluss des Vorfalls einer oder mehrerer Extremitäten auf die Einstellung des Kopfes in die obere Apertur. Hier führt der Verf. die Worte *De la Motte's* an, dass man dann erst von der Abwesenheit aller Gefahr sprechen könne, wenn Hand und Kopf durch das Becken gehen und gemeinsam in der Schamspalte erscheinen. Es kann eine einzelne Hand den Kopf zum Abweichen bringen, besonders wenn der Arm im Ellenbogen gebeugt ist. Der vorgefallene Arm trägt nicht immer die Schuld an der Abweichung des Kopfes von der obern Apertur: er kann auch primaer abgewichen und erst später kann durch die fehlerhafte Haltung des Kindes ein Arm zum Vorschein gekommen sein. Das sind wahrscheinlich die Fälle, wo selbst nach gelungener Reposition des Arms eine Einstellung des Kopfes nicht erzielt werden kann. Das Abweichen des Kopfes beschreibt dann der Verf. genauer; bei der ersten Scheitelbeinslage weicht der Kopf links und umgekehrt. Mit solcher Abweichung des Kopfes von der obern Apertur kommt auch eine fehlerhafte Drehung des Kopfes bei seiner Einstellung in den Beckeneingang vor, so dass Stirne und Gesicht zum Vorschein kommen. Auch kann sich der Kopf statt im schrägen, im queren Durchmesser einstellen.

Wenn beide Arme vorliegen, so kommt es darauf an, ob beide Arme gleich weit vorgelagert sind oder nicht. Im ersteren

Falle scheint eine Abweichung des Kopfes von der obern Apertur so leicht nicht vorzukommen, und selbst im weitern Verlaufe der Geburt zeigt sich ein störender Einfluss weniger, als bei der Vorlage nur eines Armes, indem Kopf und Arme in ihren Drehungen sich gegenseitig bestimmen und folgen. Ist der eine Arm tiefer herabgetreten, als der andere, so kann dies ganz dieselben Folgen haben, als wenn blos ein Arm vorgefallen ist, indem der Kopf dann vom Beckeneingange abweichen kann.

Hinsichtlich des Einflusses eines oder beider Füsse auf die Einstellung des Kopfes ist anzunehmen, dass wenn bei einem ausgetragenen Kinde, das lebt, ein Fuss vorliegt, der Steiss mehr oder weniger nach derjenigen Seite gerichtet ist, in welcher der Fuss sich zeigt, also nach rechts, wenn jener in der rechten Seite sich befindet. Der Rumpf und Hals des Kindes muss unter solchen Umständen immer stark gebogen sein, da ohne eine solche Biegung der Fuss des Kindes blos bis zur Schulterhöhe reicht. Diese Biegung verhindert möglicher Weise, dass der Kopf in allen Fällen von der obern Apertur abweicht. In den meisten Fällen wird jedoch eine Abweichung stattfinden, vielleicht erst durch sie veranlasst, der Fuss zum Vorschein kommen. Sind beide Füsse herabgetreten, so nimmt wohl der starken Biegung des Rumpfes wegen der Kopf immer eine sehr hohe Stellung ein. Dazu ein von *Hohl* beobachteter Fall, in welchem die Extraction an den Füssen unter Zurückschiebung des Kopfes gemacht wurde. Das Kind lebte.

2. Der Einfluss des Vorfalls einer oder mehrerer Extremitäten auf den Durchgang durch Beckenhöhle und Ausgang. Es kann zunächst der Kopf, wenn er über dem Beckeneingange steht, bei seinem Durchgange durch das Becken eine Drehung um seinen queren Durchmesser von dem neben ihm liegenden Arme erfahren, jedoch wird dabei nicht, wie bei der Einstellung des Kopfes, das Gesicht oder die Stirne leicht in der Beckenhöhle tiefer herabtreten, der Arm also das Hinterhaupt zurückhalten. Wohl aber kommt dieses Verhältniss beim Stande des Kopfes im Ausgange des Beckens vor. Von grösserer Wichtigkeit ist der Einfluss des Arms auf die Drehung des Kopfes um seinen geraden Durchmesser, der sich übrigens bei weitem häufiger im Beckenausgange als in der Beckenhöhle geltend macht. Beobachtet wurde bis jetzt, sowohl bei erster als zweiter Scheitelbeinlage, ein tieferes Herabtreten des nach vorn liegenden Scheitelbeines, was vielleicht mit dem tieferen Herabtreten des Hinterhauptes in Verbindung steht. Am allerhäufigsten jedoch werden, und darauf hat besonders *Credé* aufmerksam gemacht, durch den vorliegenden Arm die Drehungen des Kopfes um seinen senkrechten Durchmesser verändert oder gehindert. Dabei können natürlich die erwähnten fehlerhaften Drehungen, obgleich dies nicht immer der Fall ist, gleichzeitig mit vorkommen. Begünstigt, wenigstens nicht gehin-

dert, werden nur die Drehungen des Kopfes mit dem Hinterhaupte nach vorn, sowohl bei der ersten als bei der zweiten Scheitelbeinslage dann, wenn bei jener der linke, bei dieser der rechte Arm resp. Hand vorgefallen ist. Anders verhält es sich, wenn bei der ersten Scheitellage der rechte Arm an der rechten oder bei der zweiten der linke an der linken Seite des Kopfes sich befindet. Hier kann er allerdings die gewöhnliche Drehung des Hinterhauptes nach vorn verändern und hindern. Die Ursache der abnormen Drehung des Kopfes nach seinem Austritte aus den Geschlechtstheilen muss man, wie überhaupt den Vorgang bei normalen Geburten, in den Schultern suchen, deren Einstellung in das Becken durch den vorgefallenen Arm abgeändert ist. Die Angabe von *Busch*, dass bei dem Austritte der Schultern sich das Kind mit dem Gesichte so nach einer Seite drehe, dass der vorliegende Arm nach der Kreuzbeinaushöhlung gerichtet würde, ist völlig bestätigt. Dagegen ist wohl sein Ausspruch, dass die Umdrehung des Rumpfes nach der Ausstossung des Kopfes bei Vorlage des Armes nicht wie gewöhnlich in der ersten Kopflage nach dem rechten, in der zweiten nach dem linken Schenkel der Mutter mit dem Gesichte erfolge, sondern dass die Richtung des vorgefallenen Armes diesen Vorgang bestimme, dahin zu beschränken, dass die erwähnte abnorme Drehung nur bei Vorfall an der vordern Beckenwand statt hat.

In Bezug auf die Prognose warnt der Verf. die Fälle des Armvorfalls nicht zu leicht zu nehmen: gewiss, sagt er, hat man manche Schulterlage dem übermässigen Vertrauen der Ungefährlichkeit einer Hand neben dem Kopfe zu verdanken. Eine richtige Beurtheilung für die Vorhersage ergiebt sich in jedem einzelnen Falle wie vor, so nach dem Abgange des Fruchtwassers aus einer genauen Erkenntniss der Verhältnisse des Beckens, der Grösse des Kopfes und seiner Stellung, der Stärke des Arms und seiner Lage und der Art der Wehen.

Bei der Angabe der Behandlung der in Rede stehenden Geburten hat der Verf. überall auf die Meinungen Anderer Rücksicht genommen und die verschiedenen Rathschläge mit kritischen Bemerkungen begleitet, worauf er dann seine eigenen Ansichten mittheilt. Er beginnt

1. Mit dem exspectativen Verfahren, welches eintreten kann, wenn die Hand oder der Arm eines Kindes von gewöhnlicher Grösse, gleichviel wie weit er vorliegt, neben dem regelmässig auf oder im Beckeneingang stehenden Kopf bei gehöriger Weite des Beckens keinen nachtheiligen Einfluss auf den Stand desselben ausübt und der Arm, vermöge seiner Lage zum Kopfe, im weiteren Fortgange der Geburt weder die gewöhnlichen Drehungen noch die Vorbewegung des Kopfes voraus sichtlich stört. Dasselbe gilt für den Vorfall beider Arme.

2. Die Lagerung der Kreissenden, besonders von *Wigand*

empfohlen, will der Verf. nur unter folgenden Umständen angeordnet wissen:

a) wenn bei einer Abweichung des Kopfes nach einer Seite die künstliche Einstellung desselben noch nicht ausführbar ist, man diese umgehen und das Herabtreten einer Extremität verhüten will.

b) Wenn man bei regelmässiger Lage des Kopfes den Arm reponirt hat oder derselbe spontan zurückgegangen ist.

c) Wenn man nach Reposition des Arms die künstliche Einstellung des Kopfes nachträglich noch vorzunehmen sich genöthigt sah.

3. Was die künstliche Lagerung des Armes, von mehreren dringend angerathen, betrifft, so wird diese überhaupt vom Verf. nicht gebilligt. Eben so unsicher ist

4. das Einlegen von Eisstücken in die Hand, um ihr Zurückziehen zu bewirken, so wie das Kneipen der Finger zu verwerfen ist

5. Nicht minder kann in dem Zurückhalten der Hand oder des Arms ein Vortheil gefunden werden, was leicht zur Versäumniss einer zweckentsprechenden Kunsthülfe führt.

6. Dagegen ist von der allergrössten Bedeutung die Reposition des vorgefallenen Theiles: nur muss sie mit der vollen Hand gemacht werden. Nähere Indicationen und Contraindication hat der Verf. angegeben, so wie er auch zur Ausführung der Operation zweckmässige Anleitung giebt.

7. Die Wendung auf die Füsse ist angezeigt

a) wenn bei regelmässig und beweglich auf der obern Apertur stehendem Kopfe der vorliegende Arm resp. beide nicht zurückgebracht werden können und der Kopf durch sie am Eintritt in den Beckeneingang gehindert wird.

b) wenn bei vorgefallener Extremität von der Einstellung des nach der Seite hin ausgewichenen Kopfes abgestanden werden muss.

c) wenn eine Beendigung der Geburt schon indicirt ist oder eine solche in naher Aussicht steht.

d) Endlich, wenn man bei mässiger Beckenenge hoffen darf, bei voraufgehenden Füssen den Kopf leichter durch die obere Apertur zu bringen als er umgekehrt durchtritt.

8. Die Zange ist indicirt, wenn der Vorfall die Vorbewegung des im Becken stehenden Kopfes durch Beschränkung des Raums oder durch Verhinderung der zu seiner Vorbewegung nothwendigen Drehungen erschwert oder ganz aufhält.

Noch erwähnt der Verf. die Embryotomie, Perforation und Cephalothrypsie, welche von Geburtshelfern für ausserordentliche Fälle in Aussicht gestellt wurden. Der Verf. zieht die Perforation der Cephalothrypsie vor, weil einerseits unter solchen Verhältnissen die Application des Instrumentes wohl nicht ganz leicht

sein dürfte, andererseits bei der Extraction die Extremitäten Schwierigkeit machen können. Bei der letzteren Operation wird es zweckmässig sein, mit dem Zug am Kopfe gleichzeitig einen solchen an den Extremitäten zu verbinden.

Endlich betrachtet der Verf. die Fälle, bei welchen neben dem Schädel eine oder beide untern Extremitäten zugleich mit einer obern oder ohne dieselbe sich zeigen. Er spricht seine Meinung dahin aus, dass die Reposition zweckmässig sei, 1) wenn der Kopf eine regelmässige Stellung auf oder in der obern Apertur eingenommen hat, eine untere Extremität nicht tief neben ihm eingetreten ist, die Wehen gut sind und eine Indication zur Beschleunigung der Geburt nicht besteht. — 2) Hat der Kopf keine regelmässige Stellung, sondern ist er nach der Seite hin abgewichen, bestehen gleichzeitig alle Bedingungen, unter denen die Einstellung des abgewichenen Kopfes gestattet ist, so kann man den Fuss reponiren, den Kopf einstellen und durch Lagerung und innere Handgriffe ihn zu fixiren suchen.

Die Herableitung des Steisses würde am Orte sein, wenn die Reposition im ersten oder die Einstellung im zweiten Falle nicht gelingen sollte, oder wenn letztere durch eine Gegenanzeige verboten ist, wenn ferner die untere Extremität tief herabgetreten oder eine Indication zur Beschleunigung der Geburt schon eingetreten ist. Für die Zange würden sich 3 Indicationen ergeben:

1) Gesteigerter Widerstand durch Beschränkung des Raumes von Seiten der untern Extremität.

2) Fehlerhafte Stellung des Kopfes und gehinderte Drehung desselben durch die Extremität mit nachtheiligem Einflusse auf den Verlauf der Geburt.

3) Endlich Verzögerung oder Stillstand in der Vorbewegung des Kopfes veranlasst durch die bei Vorlage der untern Extremität zu starke Biegung des Rumpfes.

Die Nothwendigkeit der Perforation und Cephalothrypsie betreffend, so ist sie für einige verzweifelte Fälle erwiesen.

Uebrigens muss man, fügt der Verf. noch hinzu, in allen angegebenen Fällen die Wehen gehörig berücksichtigen, denn alle Hindernisse, die der Arm oder Fuss der Vorbewegung und den Drehungen des Kopfes entgegenstellt, werden bedeutend gesteigert, wenn fehlerhafte Contractionen des Uterus stattfinden. Sind die Wehen zu schwach, so sei man ja mit der Anregung derselben äusserst vorsichtig, da in Fällen von mechanischen Missverhältnissen gerade schwache Wehen sowohl die Natur als die Kunst wesentlich bei der Ausgleichung unterstützen. Doch kann es auch nothwendig sein, die Kraft des Uterus gleich zu stärken und anzuregen, wenn das mechanische Hinderniss beseitigt worden ist

Dies der Inhalt einer Schrift, welche von dem Fleisse und der praktischen Ausbildung ihres Verf. ein rühmliches Zeugniss ablegt. *E. von Siebold.*

Traité des maladies du sein et de la région mammaire par *A. Velpeau*, Membre de l'Institut (Acad. des sciences) et de l'Acad. Impériale des médicins, Prof. à la Faculté de Méd., Chirurgien de l'hôpital de la Charité etc. Paris (Librairie de *Vict. Masson*). 1854. 8. XIX. p. 727. av. VIII. Tabl. color.

Der gelehrte Vf. beginnt, anstatt mit den Bildungsfehlern und angebornen Abnormitäten mit der Entzündung, wahrscheinlich von dem Grundsatze ausgehend, dass die meisten pathologischen Veränderungen des Brustdrüsengewebes von dieser ihren Ursprung nehmen und theilt sie zunächst in gutartige und bösartige. Die gutartige begreift das Eczem, Wundsein, die Schrunden, verschiedenen Arten Erysipelas, die Milchüberfüllungen und alle Arten Phlegmone. Diese Uebel befallen entweder vorzugsweise die Warzen, oder den Hof, einige die Milchgefässe, mehrere die Drüse allein, andere das Binde- und Fettgewebe. — Beim Eczem bedient sich *V.* nach dem Abweichen der Borken durch Fett- oder Leinsamen-Umschläge einer auf die rothe Fläche aufgetragenen Salbe aus 30 Grammen in Rosenwasser ausgewaschener Axungia porci mit 50 Centigr. Natr. bicarbon. oder Calx sulphur. (oder 30 Gramm. mit Wasser verriebenen weissen Cerat mit 4 Gramm. Merc. praecip. alb. oder Calomel und 20 Centigr. Campher). — Gegen wunde Warzen rühmt *V.* weiche Umhüllung der Brust, seltenes Anlegen, künstl. Warzen, öfteres Waschen mit Bleiwasser, bei sehr weichen Warzen Oel mit Rothwein äusserlich; bei lebhaftem Schmerz Oel und Kalkwasser zu gleichen Theilen. War Alles vergeblich, schwache Höllensteinlösung oder Zinc. sulph. 5—10 Gr. zu 30 Gr. Wasser. — Bei Spalten der Warzen Aufstreuen von Pulv. sem. lycopod. oder Puder, dann Touchiren der Wundränder mit salpetersaurem Silber; Collodium und künstl. Warzen von präpar. Haut der Striche vom Kuheuter; bei gleichseitigen Aphthen Hydrochlorsäure mit Rosenhonig (1:10) oder feines Alaunpulver. — Entzündung der Warzen Oertliche Resolventien, Mercurialsalben, bei Eiterung erweichende Kataplasmen, im Nothfalle Eröffnung des Eiterheerdes. — Entzündung des Hofs kommt häufig bei Wöchnerinnen, selten nach äusserer Gewalt vor. Man wendet dagegen Blutegel, salin. Abführmittel, Mercurialsalben, Leinumschläge an, schliesslich das Wasser. — Bildungsfehler der Warzen. Zu Ende der Schwangerschaft wendet man gegen zu kurze Warzen örtliche Emollientia an, (Milch, Butter, Cerat während der Nacht, früh

Waschungen mit Kleien- oder Seifenwasser, Langziehen der Warzen mit den Fingern, sanftes Saugen. Ueberzählige Warzen soll man nicht leicht mit wirklichen verwechseln können. — Eigentliche Entzündungen der Brüste zeigen sich auf der Haut als Erysipelas; im Bindegewebe als Phlegmone; im Bindegewebe unter der Drüse, und im Drüsengewebe selbst. — Abcesse. Die besten Mittel sind zuerst Mercurial- und Jodblei-Einreibungen, später zeitiges Oeffnen an der abhängigsten Stelle. Die unter der Drüse befindlichen sah *V.* vom Bruch eines Sternocostal-Knorpels, Pneumonie, Phthisis, Contusionen veranlasst werden. Man bemerkt zuerst ungeregelte Frostanfälle, partielle Schweisse, Gefühl von Schwere und Drängen. Wechselnder Druck von beiden Seiten giebt ein Gefühl von Fluctuation. Da durch Perforation der Intercostalmuskeln Empyem entstehen kann, mache man tiefe Einschnitte von unten und aussen. Bei tiefen Abscessen mit Fistelgängen rieth man zu Spaltungen der Drüse, die *A. Cooper* verwarf, *V.* aber manchmal für nothwendig erachtet. Anstatt der Wieken legte *Cloquet* einen elastischen Catheter ein, durch welchen selbst bei Druckverband der Eiter ausfliessen kann. — Parenchymatöse Abscesse. Gegen dieses immer Monate lang währende Uebel kann man nichts besseres thun, als das Stillen zu unterbrechen; und durch allgemeine und örtliche Mittel (Jod innerlich, kleine Gaben Calomel, öftere Abführmittel, Tart. emet. die Milchabsonderung zu verringern. In drei Fällen bewirkte *V.* die Heilung durch Jodinjectionen (Tinct jodi ℥jj Aq. dest. ℥j M. Zu zwei Injectionen). — Kalte oder chron. Abscesse. Die idiopathischen sind wenig schmerzhaft, erreichen manchmal die Grösse des Kopfs eines Erwachsenen, sitzen häufiger unter- als innerhalb der Brust, und heilen meist nach der Oeffnung und Entleerung; die symptomatischen können von Tuberkeln, selbst der Lungen, Caries der Rippen abhängen und zum Tode führen. — Fisteln der Brüste. Die eitrigen sind meist ungeheilte Abscesse, die Milchfisteln sind oft erweiterte Milchgänge, die zu grossen Höhlen führen. Nach beendigtem Säugen heilen sie oft von selbst; wo dies nicht geschieht, suche man durch allg. Mittel die Milchsecretion zu vertrocknen und wende dann Compression, Cauterisationen mit Argent. nitr., Bleihyperoxyd und mit stypt. Mitteln getränkte Compressen und aller 2—3 Tage cauterisirende Injectionen an. — Fliegende Vesicatore sind oft bei chron. Anschwellungen ausgezeichnete Zertheilungsmittel, nützen meist vor stattgehabter Eiterbildung, müssen aber die Gränzen derselben etwas überragen. — Die Compression mindert die Schmerzen in der 1. Periode der Entzündung, hebt oder beschränkt wenigstens den Umfang verschlossener Eiterheerde und bringt selbst Fisteln zur Heilung.

Unter den gutartigen, nicht entzündl. Krankheiten der Brüste bespricht *V.* zuerst die Contusionen, die sich

meist durch Ecchymose (von ausgetretenem Blute) kund geben. Sie erfordern V. S., Blutegel, leichte Abführmittel, erweichende mit Salmiak bestreuete oder mit Extr. saturni oder Laudanum versetzte Umschläge, Mercurial- und Jodeinreibungen, Seifenpflaster, Extr. cicutae und das Verfahren bei Abscessen. — Schmerzlose gutartige Geschwülste sind Volumenzunahmen mit Fehlern der Geschmeidigkeit, aber ohne neue oder heterogene Bildungen. — Physiolog. Anschwellungen beobachtet man in der Pubertät, den Menstrualperioden, der Schwangerschaft und consensuel bei Gebärmutterkrankheiten. — Chron. Anschwellungen fordern Blutentziehungen, Abführmittel, äussere und innere Auflösungsmittel, Bäder, Druck und Schnitt. — Hypostatische Anschwellungen zeigen sich an der äusseren, unteren oder Axillargegend der Brüste ohne patholog. Veränderung des Gewebes; sie erheischen weiche Umgebung der Brüste und passende Binden, welche die Brüste gegen die Herzgrube drängen. — Symptom. oder consecutive Anschwellungen nach Abscessen fordern Blutegel, örtliche erweichende Mittel, Bäder, Laxantia, Calomel, Jodkali und äussere Mittel. — Hypertrophie der Brüste. Wenn sie auch einen Umfang von 30 bis 40″ und ein Gewicht von 30 Pfund erreichen können, bringen sie doch nicht leicht Gefahr und werden durch Ol. jecor. aselli, Jod, Ol. jodat., Cicuta, Jodkali, Joduretum ferri, mit alkalischen Bädern, Jodbleisalben, Jodblei, Merkur, gasartige, leicht eisenhaltige Wässer zum Getränk, und Compression geheilt. Bei der Exstirpation partieller hypertroph. Geschwülste nehme man immer etwas vom gesunden Gewebe mit hinweg. — Fettbalgartige Geschwülste (Lipome). Energische Mittel sind unnöthig und *V.* sah sie oft nach Einreibungen und zertheilenden Mitteln, welche Weinessig zur Basis haben, bald kleiner werden. — Geschwülste mit Verhärtung der Drüsen verlangen Regelung der Menstruation, bei Chlorose und Anämie eisenhaltige Wässer, bei allg. Plethora Blutentziehungen, allgem. erweichende, schleimige, alkalische und aromatische Bäder und örtlich Blutegel unter die Brust gesetzt, Leinmehlumschläge, nöthigen Falls mit Extr. saturni, Mercurial- und Jodsalben. — Chron. Verhärtungen können einzelne Lobuli und die ganze Drüse erfassen. Die bei subcutanen Härten mehr dumpfen und drückenden Schmerzen sind hier mehr stechend, werden jedoch auch zuweilen in der Tiefe und dumpf empfunden, aber die Elementartheile der Drüse erleiden nicht leicht Umwandlungen. Waschungen mit camphorirtem Lebensgeist, Auflegen mit einer Solut. ammonii acet., oder Aq. saturnina befeuchteter Compressen, erweichende Kataplasmen, Opiatsalbe, mit Opium oder Belladonna versetzte Linimente reichen meist zur Heilung aus. Blutegel und Exstirpation sind meistens nicht nöthig. — Neuromatische Geschwülste oder Knoten: Sie kommen oft zahlreich von der Grösse eines Hanf-

korns, einer Linse, Erbse, bis zu einer Bohne vor; bald oberflächlich im Bindegewebe, bald tiefer gelegen. Sie verursachen lebhafte, nach allen Richtungen hingehende stechende Schmerzen, die (bei Tage wie bei Nacht) durch die leichteste Berührung bis zur Unerträglichkeit gesteigert werden. Sie sind oft so heftig, dass die Kranken eine gestörte Verdauung bekommen, abmagern und nervöse Zufälle haben, unerachtet die Brüste nichts Auffallendes zeigen. Sie verschwinden bisweilen beim Ausbleiben der Menstruation von selbst. Die besten Heilmittel sind Opium, Belladonna, Hyoscyamus, Cicuta, Bismuthum, Zincum, Antispasmodica, narkotische Oele, Linimente, schleimige Bäder. Anfangs nützen oft schon Carottenbrei mit Aq. Goulardi. — Neuralgische Schmerzen. Bei diesen findet nicht die geringste krankhafte Veränderung Statt und die Schmerzen verbreiten sich strahlenartig nach Thorax, Hals, Kopf und selbst nach den untern Gliedmassen; sie können permanent, remittirend, zu bestimmten Zeiten eintreten oder unregelmässig sein und werden durch hygrometrische, elektrische und barometrische Einflüsse der Atmosphäre und menstruale Epochen modificirt. Sie können den Körper sehr angreifen, führen aber nicht zu organ. Entartungen oder gar zum Tode. Furcht vor Uebergang in Krebs verbittert vielen Kranken das Leben. Heilmittel sind Regelung der Menstruation, Narcotica, Chinin. sulphur., Martialia, eisenhaltige Mineralwässer, Verheirathung, Reisen, Zerstreuung. — Eingebildete Geschwülste, die in Wahrheit nicht existiren sind oft Folgen einer hypochondr. Gemüthsstimmung. — Geschwülste von ergossener od. ausgeschwitzter Materie, sie können Lymphe, tuberkulöse Materie, feste Stoffe, Milch oder Bestandtheile derselben, Blut, Eiweiss-, Faserstoff oder knochigte Bestandtheile enthalten. Häufig liegt Caries oder Necrose zum Grunde. Idiopathischen Geschwülsten dieser Art wird diätet. Regim, tonisches, eisenhaltiges Getränk, äusserlich Jod, Seifen-, Cicuta- und de Vigo-Pflaster und wiederholte fliegende Vesicators entgegengesetzt. Die tuberkulösen können sich erhitzen, vereitern und dadurch zur Heilung führen. — Knochichte und calculöse Geschwülste werden die genannt, in welchen sich Schalen, knöcherne und steinige Massen, Nadeln und Kerne bilden. Diese hören meist bald auf zu wachsen und werden dann ohne Weiteres extirpirt, worauf sie nie wiederkehren. — Milchgeschwülste. Die Galactocele, in welcher sich Milch oder Bestandtheile derselben angehäuft haben, ist bald acut, bald chronisch, entzündlich oder schmerzlos, vorübergehend oder permanent. Sie unterscheiden sich dadurch von den chronischen Abscessen, dass letztere eine breite, mehr oder weniger harte oder teigige Basis haben und nicht leicht ohne vorhergegangene Schmerzen auftreten. — Die Cysten in den Brüsten sind bald seröse oder enthalten Hydatiden und diese hat man 12—13 Pfund schwer werden sehen.

Sie entstehen schmerzlos, wachsen schnell, und erfordern zur Heilung topische Mittel, Jod-, Jodblei-, Jodkali-, Jodmerkursalben, Seifen-, Cicuta-, de Vigo-Pflaster, Auflösung des salzsaur. Ammoniaks in einfachem oder Essigwasser, Leinmehl-Umschläge mit Salmiak bestreut, fliegende Vesicatore und Compression, — und nach Analogie mit Hydrocele Punction mit nachfolgenden reizenden Injectionen. Auch können die Cysten durch aufgelegte Aetzmittel geöffnet werden. Speckige Hüllen machen die Exstirpation nöthig. — Die blutig serösen Cysten zeigen den Zahnfächern ähnliche Höhlen ohne besondere Wandungen. Sie kommen meist bei Unverheiratheten nach äussern Gewaltthätigkeiten oder Suppressio mensium vor. Anämie und Chlorose haben ihre Indicationen; die besten äussern Mittel sind Lösung des salzsauren Ammoniums in Wasser oder Essig, Leinmehlumschläge mit Ammonium bestreut, Jodsalben, Compression und fliegende Vesicatore. Bei grossen einfächerigen Cysten tritt die Behandlung der serösen ein. — Die sero-mucösen Cysten enthalten einen grauen oder gelblichen, manchmal fettigen, körnigen, oder mit weisslichtem Coagulum gemischten Schleim. Ihr Entstehungsgrund liegt meist in Infiltration von Blut nach Gewaltthätigkeiten; der Inhalt gestaltet sich aber durch Resorption einzelner Grundbestandtheile verschiedenartig. Aeussere Mittel bringen selten allein Heilung, wohl aber Punction, ausreichende Einschnitte, Eröffnung durch Caustica und Exstirpation. — Drüsenartige Geschwülste. Sie kommen öfters in beiden Brüsten von Individuen aller Lebensalter vor, von der Grösse einer Nuss bis zu der des Kopfs eines Erwachsenen. Im Innern gleichen sie fibrösen Geschwülsten. Sie treiben die Gewebe aus einander ohne etwas zu zerstören, so dass man sie ohne Nachtheil ausschälen kann. Sie scheinen ihren Ursprung meist aus einem Klümpchen plastischer Materie oder Blutfaserstoffs zu nehmen. Sie haben immer eine gewisse Beweglichkeit, so dass sie z. B. gegen die Rippen gedrückt, ausweichen ohne einen Theil des Brustdrüsengewebes mit sich zu ziehen. Sie nehmen nicht leicht einen bösartigen Charakter an und verschwinden in der Decrepidität nicht selten von selbst. Man wendet dagegen innerlich täglich Jodkali ʒj—jj, wöchentlich ein Abführmittel und alkalische Bäder an. Sind keine Gegenanzeigen da, aller 14 Tage 10—12 Blutegel unter die Brust, örtlich Mercurial- und Jodsalben, Seifen-, Cicuta- oder de Vigo-Pflaster und aller 14 Tage fliegende Vesicatore. Sonst nützen gegen die Last geeignete Tragebinden, zur gleichmässigen warmen Umgebung Schwan- und Hasenfelle, gegen Schmerz Linimente mit Camphor, Opium, Belladonna u. s. w. Umschläge von Leinmehl und Carottenbrei. Von 63 Kranken dieser Art starb keine einzige. —

II. Bösartige oder krebsige Krankheiten der Brüste. *V.* betrachtet zuerst den Cancer lignosus, der eine eigene Dicht-

keit und eine dem Holze eigene Undehnbarkeit zeigt und ohne Demarcationslinie in die Nachbartheile übergeht. Er zerfällt in mehrere Unterarten. *A.* Der eigentlich sogenannte globulöse Scirrhus. Er zeigt eine ungleiche, runslichte, höckerige Geschwulst unter der Haut vom Umfange einer Nuss bis zu der eines Hühnereies von graulichter Oberfläche und punctirtem gitterförmigem Aussehen. *B.* Der strahlichte oder ästige Scirrhus. Er schickt mehrere Wurzeln in die benachbarten Organe, hat dieselbe ungleiche Oberfläche und entsteht durch Degeneration der Normalgewebe. *C.* Der Panzer-Scirrhus, bei dem die Haut hart und unnachgiebig wie ein Kürass wird. In einem Falle sah *V.* das Uebel vom Nabel bis Larynx verbreitet. Anfangs ist er ohne Schmerz, der erst später mit Stechen, Mangel an Schlaf und Appetit, beängstigter Respiration und Erstickungsbeschwerden eintritt. *D.* Massenhafter Scirrhus lignosus, erfasst zuweilen das ganze Drüsengewebe und wandelt es, dem Gefühle nach gleichsam in eine halbkuglichte hölzerne Masse um. *E.* Atrophischer Scirrhus, bei bejahrten Frauen verschrumpft er ohne die Gesundheit sehr anzugreifen. *F.* Pustulöser oder zerstreuter Scirrhus zeigt sich unter der Form zahlreicher, kleiner, runder Körnchen oder Pustelchen meist um die Warzen und den Hof der Brust, die in ihrer Mitte eine weisse, glanzlose, breiige, halb eiterartige Materie enthält. *G.* Scirrhen der Milchgänge. Diese noch nie beschriebene Geschwulst gewährt quer durchschnitten das Ansehn eines Giesskannenkopfs, wobei das Messer ein Geräusch macht, als wenn es durch Kreidemassen ginge. — Speckige Scirrhen bilden halbrunde, höckerige Geschwülste, die erst spät die äussere Haut ergreifen, sich entzünden und verschwären. — Encephaloid (begreift zugleich den fungösen Krebs, Fungus haematodes, Medullarkrebs und Medullarsarcom) bildet zuerst eine farblose kuglichte Geschwulst, die sich nach aussen wölbt, aber erst kurz vor dem Aufbrechen röthet. Sie enthält ausser grauer gehirnähnlicher Masse noch ein fibröszelliges Gewebe mit einem reichlichen Gefässwurzelgewirr gemischt. Nach Entzündung der Höcker treten zwar eitrige Ablagerungen vor, doch besteht der Inhalt mehr in einer jauchigen, milchähnlichen, körnigen, röthlichten Flüssigkeit. Ueberlässt man das Encephaloid sich selbst, so kommt durch putrides Zerfallen und Aushöhlung einzelner Höcker der Speckgeschwulst Verschwärung zu Stande. Fungöse Wucherungen beginnen die Zerstörung des Drüsengewebes, sie erweichen, verflüssigen sich, durchbrechen die Haut und wuchern in merklicher Ausdehnung nach aussen. Verjauchung äussert sich durch einen serösen, fleischwasserähnlichen röthlichtjauchigen Ausfluss von unerträglichem Geruch. — Melanose. Beim Encephaloidkrebs kommen gern erhabene Flecke, Geschwülste oder Tuberkeln von gelblichter, röthlichter, ja selbst tief schwarzer

Farbe und zwar an mehreren Stellen des Körpers vor. — Chondroid, Colloid, plastischer Faserkrebs. Diese Benennung wird verschiedenen Uebeln gegeben: Die rübenförmigen plastisch-fibrösen Geschwülste sind hart, wie die fibrösen, anfangs tief gelegen, werden hohl, lassen keinen Krebssaft hervortreten; der Colloidkrebs (auch Enchondrom oder Osteophyten genannt) scheint von der Knochenhaut auszugehen; *V.* sah sie nie in den Brüsten und übergeht sie daher. Ebenso wenig ist der Epithelialkrebs oder Epitheliome in den Brüsten beobachtet worden. — Keloides, womit *Alibert* einen brennende Schmerzen erregenden Scirrhus bezeichnet, hält die Mitte zwischen dem scirrhösen und fibrösen Gewebe. Innerlich ist er trocken, gelbröthlich, etwas glänzend, wächst immer aus alten Narben hervor und kehrt fast stets wieder. — Anomale Krebs. *V.* sah einmal bei einer 58jährigen Dame anfangs anscheinend gutartig einzelne bläuliche Flecke, die dann kleine tuberkulöse Härten bildeten, krebsartig und tödtlich wurden. — Mikroscopische Anatomie. Der Krebs besteht aus Zellenkörnern, freien Körnern und Kernkörperchen sammt angehäuften Moleculargranulationen, die mannichfaltig vereiniget verschiedene Arten Krebs constituiren. Dem Scirrhus wie dem Encephaloid ist der Krebssaft eigen, obgleich beide sich gar nicht gleichen; auch können beide sich in einzelnen Geschwülsten vereinigen. — Diagnose. Von andern Geschwülsten unterscheidet sich der Krebs durch seine eigenthümlichen Symptome, namentlich 1) durch den erst dumpfen, dann lancinirenden Schmerz; 2) das Aussickern einer blutigen Serosität durch die Milchgänge; 3) den allg. Zustand der Brust, Physiognomie, Hautfarbe und 4) den mikroscopischen Befund. — Aetiologie. Der Krebs kommt bei allen Constitutionen, jedem Klima, Städtern und Landbewohnern, jedem Verhalten, bei Männern eben so oft an den Testikeln wie bei Frauen an den Brüsten (Organe von ziemlich gleicher Textur), vor. Stets ist aber eine innere noch unbekannte Disposition vorhanden, die von den Aeltern forterbt. Die Möglichkeit der Ansteckung hat *Langenbeck* durch Injectionen des Krebssaftes und *V.* durch einige Fälle von Uebertragung auf Praeputium und Vagina beim Coitus nachgewiesen. — Prognose. Der einmal gebildete Krebs vernarbt und heilt nie spontan; doch hat man ihn bisweilen zusammenschrumpfen und tiefe Furchen entstehen sehen. Der lignose und atrophische verlaufen oft sehr langsam (so dass er 20 Jahre währt); während der speckige, encephaloide, massenhaft lignose und panzerartige sehr schnell verlaufen. Gehen die Kranken nicht an Blutungen, langer Eiterung und heftigen Schmerzen verloren, so bekommen sie eine fahle, gelbliche Gesichtsfarbe, zehren ab, werden wassersüchtig, bekommen Oedem im Gesicht und an den Füssen und sterben abgezehrt, anämisch und durch entsetzliche Qualen erschöpft. — Therapie. Angewendet werden:

1) Oertliche Blutentziehungen zur Verzögerung des Verlaufs und Linderung; 2) Brech- und Purgirmittel sind, wie die Hungerkur zu verwerfen; 3) Cicutapräparate (wie Conlin) können nur höchstens bei gutartigen Geschwülsten etwas leisten; 4) Ferrum und F. carbonicum (Carmichael) und Cuprum ammoniato-sulphuricum (Liq. resolvens Koechlini) hat *V.* nutzlos gefunden; 5) Arsenik und Jodure d'Arsenic hat *V.* aus Furcht zu schaden nicht versucht; 6) Mercur und *Zittmann's* Decoct haben nur Verschlimmerung bewirkt; 7) Alkalien, Natr. bicarbonicum, Vichywasser, und Baryta mur. hält Niemand mehr für nützlich; 8) Goldpräparate fand *V.* unwirksam; 9) China und Sassaparille ebenso; nicht minder 10) die Jodpräparate und 11) den Leberthran. — *V.* befolgte folgendes Verfahren, nach welchem er noch mehrmals bei nicht ganz unzweifelhafter Diagnose Heilung eintreten sah. Monatlich ein oder zwei Mal (und dann wenige Tage nach der Menstruation) setzte er 6—12 Blutegel unter oder neben die Brust und bedeckte diese mit einem Seifenpflaster, dass er wöchentlich zwei Mal erneuerte, oder mit Cicuta- oder de Vigo-Pflaster wöchentlich einmal. Anstatt der Pflaster auch Salben von Jodblei, Jodkali oder Mercur; und schleimige Bäder mit einem Zusatz von Kali, Natron oder Seife. Innerlich gab er täglich 2 bis 3 Esslöffel Leberthran, 20—60 Centigramm. Jodkali, Cicutapräparate und aller 8 Tage ein Abführmittel aus magnesiahaltigem Wasser oder Ol. ricini. Bei nicht offenbarem Krebs kann man die Compression, bei schlaffen lymphat. Subjecten China und Amara, bei Amenorrhoe und Menstruationsfehlern Martialia versuchen. Bei eiterndem Encephaloidkrebs sagen oft Adstringentia zu (Aq. v. m. Goulardi, Dec. fol. jugland., Solut. tannini), als desinficirendes, fäulnisswidriges Mittel Solut. plumb. nitr., Chlorpräparate, China, Kohle, Alaun; wo nöthig Opium, Belladonna, Cicuta oder Hyoscyamus. Bei Blutungen Caustica auf blutende Fungositäten, Einlegen in adstringirende Solutionen getauchter Charpie, innerlich Alaun, Secale corn., Ergotine. Weiter redet *V.* der Exstirpation der Scirrhen aus Erfahrung das Wort. Gefahren bringe die Operation nicht, wenn sie nicht in den Krankheitsfortschritten selbst oder den Complicationen liegen. Als vorbereitende Behandlung empfiehlt er fliegende Vesicators auf die erhabendste hypertrophirte Stelle zu legen und die Geschwulst einige Wochen lang mit zertheilenden und erweichenden Pflastern zu bedecken. Nach der Operation bequemes Lager, isolirte Lage des Arms, mehrere Tage keine Erneuerung des Verbandes. Durch künstliches Erfrieren der Brust (durch gestossenes Eis und Seesalz) führte *Arnott* nicht allein schnell eine augenblickliche Anästhesie herbei, sondern hob auch sofort dadurch das reissend schnell fortschreitende Erysipelas, und dämpfte auch weit verbreitete Phlegmone.

XIII.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin.

Sitzungen vom 10. und 24. November 1857.

Herr *Hecker* hielt am 10. November einen Vortrag über Graviditas extrauterina und beendete denselben am 24. November. Derselbe wird später veröffentlicht werden.

Herr *Virchow* theilte darauf einen eigenthümlichen Fall von Hydrops Ascites bei einem neugebornen Kinde mit. Es war ihm die Leiche eines an demselben Tage von einer einige 30 Jahre alten Mutter gebornen Kindes zur Untersuchung überbracht worden. Die Mutter hatte vor diesem 6 Kinder geboren, von denen das älteste, 12 Jahre alt, sich vollkommen wohl befindet; die letzten 3 dagegen waren bald nach der Geburt gestorben, und hatten alle einen wassersüchtig aufgetriebenen Unterleib dargeboten. In der letzten Schwangerschaft hatte die Frau, an der ausser einem gespaltenen Gaumen mit Fehlen der Uvula keine Anomalie wahrzunehmen, sich ziemlich wohl befunden, im Sommer sich längere Zeit in Schlesien aufgehalten und nur zeitweise über ein Gefühl von Schwere in der rechten Seite geklagt; die Geburt des Kindes war dann sehr leicht erfolgt, dabei eine sehr grosse Quantität Fruchtwasser, und eine enorme Placenta, die in der rechten Seite ihren Sitz gehabt, und vielleicht Ursache des erwähnten Gefühls in der Gravidität gewesen sein mag, zu Tage gefördert worden.

Das Kind war seiner Entwicklung nach etwa bis zu Ende des 7. Monats getragen worden, und erregte das starke Aufgetriebensein des Unterleibes bei demselben anfangs den Verdacht, dass angeborne Nierenwassersucht vorhanden sein könnte; jedoch brachte der Mangel jeglicher Härte im Abdomen sehr bald von dieser Diagnose ab. Bei der Eröffnung des Bauches floss eine braunrothe Flüssigkeit in ziemlich reichlicher Menge ab, und zeigten sich die Gedärme an vielen Stellen mit fibrinösen Flocken bedeckt; besonders auffallend war die narbige, retrahirte, starre Beschaffenheit des retroperitonäalen Gekröses, wie sie bei chronischem Ascites vorzukommen pflegt. Die Leber und Milz fanden sich vergrössert, erstere über letztere herüberragend, compact und sehr dunkel; die Nieren kleiner als gewöhnlich, Nebennieren in der Marksubstanz fettig degenerirt, schwefelgelb, Blase leer, die Därme kurz, das Kindspech bis hoch in den Dünndarm reichend. In der Brusthöhle keine Flüssigkeit, die Lungen nicht ausgedehnt, wegen durch den hohen Stand des Zwerchfells bedingter Compression.

Herr *Virchow* sprach dann über die hier offenbar hereditäre Entwicklung der Peritonitis, und verwies in Bezug auf Casuistik auf die Arbeit *Simpson's* über diesen Gegenstand; man sei seiner Meinung nach gezwungen, hier irgend eine allerdings unbekannte, aber dauernde Störung im Organismus der Mutter zu vermuthen, wiewohl in einzelnen Fällen auch eine selbstständige, von der Mutter ganz unabhängige Erkrankung vorkäme, wie z. B. aus einem von *Simpson* mitgetheilten Falle erhelle, wo von mit gemeinschaftlicher Placenta gebornen Zwillingen der eine hydropisch war, der andere nicht.

Herr *Virchow* richtete dann noch die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf eine Idee *Simpson's*, wonach man vielleicht im Stande sei, bei Frauen, die oft hinter einander abortirt hätten, diesen Zufall durch grössere Gaben Kali chloricum, etwa zu gr. x—xxx pro dosi längere Zeit fortgebraucht, zu verhindern; und sollten sich dazu, wie von dem in der Sitzung der Gesellschaft anwesenden Neffen des genannten Professors, dem Dr. *Simpson* bestätigt wurde, besonders solche Fälle eignen, wo wiederholt Erkrankungen der

Placenta, wie fettige Degeneration u. s. w. als Ursache des Abortus erkannt worden; das Mittel wurde zu weiteren Versuchen der Gesellschaft empfohlen.

Sitzung vom 8. December 1857.

Herr *C. Mayer* sen. zeigte ein Pessarium und ein Instrument zur Abschneidung von Uterus-Polypen von *Simpson* vor und hielt dann einen Vortrag über Exstirpation oder Amputation hypertrophischer Vaginalportionen bei Prolapsus uteri. Er begann mit einer Auseinandersetzung der Umstände, welche bedingen, dass trotz der Erfindung so vieler mechanischer Unterstützungsmittel in den schweren Fällen keine gehörige Abhülfe geschafft wird; diese laufen alle darauf hinaus, dass man diese Mittel meistentheils ohne die gehörige Kenntniss des concreten Falles, ohne eine genaue Eruirung der Ursache des Prolapsus anwendet. Vor allen Dingen muss man wissen, mit welcher Art von Vorfall man es zu thun hat, ob mit einem Prolapsus uteri an und für sich, oder mit einem Scheidenvorfall allein, oder mit einer Combination beider; dann aber kommt es darauf an, zu bestimmen, welche Ursache dem Vorfall zu Grunde liegt; während es sich in manchen Fällen um eine Erweiterung der Schamspalte durch Zerreissung des Perinäum, oder um eine Erschlaffung der Scheide handelt, welche in Folge dessen vorgefallen ist, und secundär den Uterus herabgezogen hat, ist in andern der Vorfall der Gebärmutter von ganz anderen Anomalien abhängig, von denen Herr *Mayer* die allgemeine und partielle Hypertrophie dieses Organes, die Flexionen, die Fibroide desselben, die Ovarialgeschwülste und andere Tumoren im Becken namhaft machte. Es muss daher je nach den ursächlichen Verhältnissen das gegen den Vorfall zu richtende Heilverfahren modificirt, und in jedem Falle auch auf den jeweiligen Zustand des prolabirten Uterus Rücksicht genommen werden, und Hr. *Mayer* hob besonders hervor, dass von einer Anwendung eines Pessarium nicht eher die Rede sein könne, als bis so häufig den Vorfall begleitende Complicationen, wie chronische Entzündung, papilläre und folliculäre Ulcerationen am Muttermunde beseitigt worden seien.

Speciell verweilte Hr. *Mayer* dann bei der Hypertrophie der Portio vag., welche ihm wiederholt als Complication des Uterusvorfalls vorgekommen sei, und bei welcher jede mechanische Hülfe contraindicirt ist, da das Pessarium entweder gar nicht zweckmässig eingebracht werden kann, oder, wenn seine Application gelungen ist, auf die Dauer wegen der grossen Schmerzen, die es verursacht, nicht vertragen wird. Diese Hypertrophie stellt sich als eine gleichmässige in der Länge und im Umfange Verschiedenheiten darbietende, oft hühnereigrosse Infiltration dar, welche auf keine andere Weise schneller und leichter beseitigt werden kann, als durch die Exstirpation. Diese Operation hat denn auch Herr *Mayer* einige Male ausgeführt, und gab in Bezug auf die Ausführung derselben folgende Winke an die Hand. Zunächst wird durch den Vorfall des Uterus eine Dislocation der Blase in der Art bedingt, dass sie in der Nähe der Portio vaginalis sich befindet; man muss deshalb und auch noch aus anderen Gründen den Uterus stark mit Haken hervorziehn; diese werden von den Assistenten festgehalten, und nun die hypertrophische Portio vaginal. mit einem Messer glatt abgeschnitten. Es entsteht dann eine sehr profuse Blutung, welche am sichersten durch das Glüheisen gestillt wird; dieser Blutung wegen ist es gerade sehr zweckmässig, den Uterus fixiren zu lassen, weil er sonst nach dem Schnitte stark nach oben ausweicht, und die Stillung der Blutung Schwierigkeiten macht. Die Nachbehandlung ist die einer gewöhnlichen Operationswunde; Charpietampons in Oel getaucht werden gegen dieselbe gelegt, reinigende Injectionen gemacht, späterhin mit Höllensteinauflösung bepinselt; der Uterus, der sich gewöhnlich nach der Operation verkleinert, wird durch Charpietampons zurückgehalten.

Herr *Mayer* erläuterte dann seine Mittheilungen durch eine Reihe von Krankengeschichten, welche durch Vorzeigung von Abbildungen der betreffenden Fälle dem Verständniss näher gerückt wurden.

Mad. *S.* aus Neustadt-Eberswalde, eine kleine schwächliche 55jährige Blondine, mit lästigem Kupferausschlag im Gesicht, war in den Kinderjahren im Ganzen gesund, wurde im 15. Jahre menstruirt, zwar regelmässig aber schwach und litt von dieser Zeit an häufig an Cephaläe. Sie ver-

heirathete sich im 32. Jahre und wurde nach 22 Jahren Wittwe, gebar vier Kinder, von denen das erste vor 21 Jahren die Anwendung der Zange nöthig machte, bei welcher Gelegenheit ein Dammriss erfolgte, der später ohne Erfolg operirt wurde; die späteren Geburten waren natürlich, doch immer ungewöhnlich schmerzhaft, die letzte fand vor 15 Jahren Statt. Die Frau wurde später von einer chronischen Diarrhoe befallen, welche eine grosse Schwäche zurückliess, die durch den Gebrauch des Seebades im Jahre 1840 gebessert wurde. Schon seit der ersten Geburt blieb ein Vorfall zurück, der sich nach und nach verschlimmerte und der durch keins der verschiedensten versuchten Instrumente zurückgehalten werden konnte, so dass, um die verursachten Unbequemlichkeiten zu mindern, seit mehreren Jahren eine Bandage getragen werden musste. Die Menstruation cessirte vor 4 Jahren, jedoch stellten sich im letzten Jahre wieder anhaltende blutig gefärbte Absonderungen ein, welche mit Unterleibs- und Kreuzschmerzen verbunden waren, dazu gesellte sich häufiges Drängen und krampfhafter Schmerz beim Urinlassen, der Appetit und die Stuhlausleerungen blieben regelmässig und die vom Vorfall ausgehenden Beschwerden wurden immer lästiger.

Bei der vorgenommenen Untersuchung ragte die hypertrophirte Vaginalportion in der Grösse einer Billardkugel aus den äussern Genitalien hervor, war stark geröthet und in zwei Hälften getheilt, von denen die eine, die vordere Lippe, rundlich, eiförmig, derb, fest sich anfühlte, die andere, die hintere Lippe zwar eben so breit und derber, wie die obere, aber flacher und mehr konvex gestaltet war. Die innere konvexe Fläche der letzteren zeigte papilläre, blutende Ulcerationen, mit Granulationen und wulstigen Auflockerungen der Schleimhaut, die sich bis in den Cervicalkanal erstreckten. Nachdem die Vaginalportion mit einiger Mühe reponirt war, fand sich der Uterus beträchtlich vergrössert, schwer beweglich, mehr in der Aushöhlung des kleinen Beckens, beim Druck schmerzhaft.

Bei der vorgenommenen Operation wurde die hypertrophirte Vaginalportion mittels zu beiden Seiten des Cervix angebrachter Haken noch etwas aus den Genitalien hervorgezogen und dann mit einem Messer unterhalb der Haken abgeschnitten. Die Blutung war beträchtlich. Das Blut strömte wie aus

einer Giesskanne aus unzähligen feinen Haarröhrchen hervor und wurde bald durch die Application einiger Glüheisen gestillt. Der Brandschorf stiess sich nach mehreren Tagen ab, die Schnittfläche heilte langsam, wurde täglich durch laue Injectionen gereinigt und mit einem in Oel getränkten Charpietampon bedeckt, nachdem der Uterus gleich nach der Operation möglichst zurückgeschoben war. Später wurde die Wundfläche noch einige Mal mit Argentum nitricum bestrichen, wonach die vollständige Heilung und Ueberhäutung nach sechs Wochen erfolgte. Der Umfang des Uterus hatte beträchtlich abgenommen und wurde durch einen Charpietampon, den sich die Kranke täglich selbst applicirte, zurückgehalten, ebenso wie ein kleiner Prolapsus der hintern Wand der Vagina. Von einer Vaginalportion war keine Spur vorhanden und die glänzend rothe Schnittfläche hatte nach vollendeter Heilung im Speculum das Aussehen wie die narbigen Muttermundslippen bei einer Frau, die mehrere Mal geboren hat. Die Ulcerationen des Cervicalkanals waren vollständig geheilt und nach einem Jahre, wo ich die Kranke wieder sah, war die Beschaffenheit der Genitalien dieselbe und die Kranke erfreute sich eines guten Befindens.

Frau Prediger *C.* aus Preussen, eine schwächliche Brünette von 38 Jahren, war in der Kindheit gesund, wurde im 14. Jahre regelmässig, ohne Beschwerden menstruirt, verheirathete sich im 19. Jahre und überstand vier Geburten, die letzte vor 13 Jahren. Die erste Geburt war langsam, die folgenden leicht und schnell. Die Wochenbetten verliefen gut; sie schonte sich in denselben möglichst und nährte ihre Kinder selbst $^3/_4$ Jahr. Ohne besondere Veranlassung zeigten sich nach dem letzten Wochenbett die ersten Spuren eines Prolapsus, der nach Niesen, nach Husten und nach körperlichen Anstrengungen nach und nach weiter hervortrat. Da Schwämme in China-Decoct mit Wein getaucht, welche in die Scheide eingebracht wurden, ohne Erfolg blieben, so wurde ein rundes Pessarium versucht, indessen dies verursachte so grosse Beschwerden und Schmerzen, dass es wieder fortgelassen werden musste. Die Menstruation blieb dabei regelmässig, trat alle 3 Wochen ein, dauerte 8 Tage, nach derselben zeigten sich noch Spuren von glasiger Blennorrhoe. Das Allgemeinbefinden

war erträglich, die Digestion in Ordnung, Stuhl- und Urinentleerung machten keine Beschwerden, aber der Vorfall belästigte immer mehr und trat besonders beim Gehen und Stehen immer weiter hervor.

Bei der Untersuchung ragte die hypertrophirte pflaumengrosse, hyperämische Vaginalportion aus der Schamspalte hervor, war glatt von derber Consistenz, die Lippen waren gesund, die Schleimhaut unverletzt, das Orificium bildete eine breite, geschlossene Querspalte. Der hypertrophirte, schmerzhafte Uterus lag tief, schwer beweglich im Becken. Die Operation wurde in gleicher Weise wie beim vorigen Fall gemacht, nachdem die Vaginalportion mehr hervorgezogen war und die profuse Blutung mit dem Glüheisen gestillt. Die Heilung ging schnell von Statten, schon nach 3 Wochen war die Schnittfläche vollständig vernarbt, der in seinem Umfang viel kleinere und beweglichere Uterus wurde leicht durch Charpietampons zurückgehalten und die Kranke reiste in gutem Wohlsein nach Hause.

Mad. *D.* aus Wiesbaden, eine magere, schwächliche, 42 Jahre alte Blondine, war von ihrer Kindheit an schwächlich, überstand viele Kinderkrankheiten und die Menstruation trat schon im 13. Jahre ein, war immer regelmässig, ohne Beschwerden. Sie verheirathete sich im 21. Jahre und gebar drei Kinder, das letzte vor 15 Jahren. Die Geburten erfolgten alle schnell, obgleich die Kinder gross waren. Die Wochenbetten waren gut, sie nährte die Kinder ein halbes Jahr und war im Ganzen, bis auf öftere, nach Gemüthsbewegungen eintretende Kardialgieen gesund, doch schon nach dem ersten Wochenbett zeigte sich, ungeachtet sie sich im Wochenbett sehr ruhig verhalten hatte und erst nach 9 Tagen aufgestanden war, ein Vorfall, der sich nach und nach verschlimmerte und in den letzten Jahren nicht mehr zurückgehalten werden konnte, weil alle von ihrem Arzte versuchten Instrumente und Pessarien nicht ertragen wurden. Die Menstruation blieb regelmässig, dauerte 8 Tage, war reichlich, in den Zwischenzeiten zeigte sich seit längerer Zeit eine blutige Absonderung. Die Digestion war gestört, der Appetit gering, der Magen oft aufgetrieben, Kardialgieen, krampfhaftes Aufstossen, Uebelkeiten und Erbrechen traten öfter ein, die Stuhlausleerungen seit

langer Zeit unregelmässig, Verstopfung wechselt mit Durchfall, häufiges Drängen zum Harnlassen und erschwerte Entleerung des Harns belästigen die Kranke ebenso wie consensuelle Nervenleiden, linkseitiger Kopfschmerz, grosse Reizbarkeit, Hinfälligkeit, Neigung zu Weinkrämpfen und anhaltende Kreuzschmerzen.

Bei der Untersuchung glaubte man einen Prolapsus vaginae vor sich zu haben, denn aus der weiten Schamspalte war die vordere Wand der Scheide in gewöhnlicher Form mehr als eigross hervorgetreten, wenn man aber dieselbe zurückschob, so wurde die hypertrophirte Vaginalportion in der Grösse einer grossen welschen Nuss vor der Schamspalte sichtbar. Sie war in ihrem ganzen Umfang stark geröthet, die Ränder des breiten, etwas klaffenden Orificium waren excoriirt, am obern Rande sassen einige gestielte Follikel und unter der Oberfläche der derben, glatten Lippen lagen mehrere Ovula Nabothi. Der Uterus war in seinem ganzen Umfang vergrössert, von derber, fester Beschaffenheit und beim Druck schmerzhaft, aber beweglich, so dass man ihn leicht in die Höhe drücken konnte. Die Exstirpation wurde in der obigen Weise gemacht, die profuse Blutung mit dem Glüheisen gestillt. Später wurde, nachdem der Brandschorf abgestossen war, die Schnittfläche einige Mal mit Höllensteinlösung bepinselt und dadurch schon nach drei Wochen die vollständige Vernarbung bewirkt und der Vorfall der Scheide nun leicht durch Charpietampons zurückgehalten.

Der vierte interessante Fall, in welchem die hypertrophirte Vaginalportion 3 Zoll lang wie ein Penis aus den Genitalien hervorhing und der ganze Uterus mit Vaginalportion eine Länge von $5\frac{1}{2}$ Zoll hatte, ist in meinem Vortrage über Sterilität vom 15. April 1856 in *Virchow's* Archiv Bd. X, 1856 abgedruckt; s. auch Verhandl. d. Gesellsch. f. Gbtsh. in uns. Monatsschrift Bd. 8, Heft 5, S. 320. —

Hiernach sprach Herr *Mayer* noch über die Anwendung des Écraseur in den genannten Fällen, und war der Meinung, dass hierbei leicht Verletzung von Nachbarorganen vorkommen müsse.

Herr *Körte* fragt, ob in den von Herrn *Mayer* operirten Fällen Conception eingetreten sei, was verneint wird, ob-

wohl der Cervicalkanal in allen vollständig durchgängig geblieben war.

Herr *Wegscheider* fragt an, ob nicht dennoch unter gehöriger Beobachtung der nöthigen Cautelen sich mit dem Écraseur hier operiren lassen würde; da doch der Vortheil der Sicherheit und die Aufhebung jeder Blutung zu seinen Gunsten sprächen.

Herr *Mayer* erwiedert hierauf, dass er Mittheilungen erhalten hätte über einen in der *Langenbeck*'schen Klinik vorgekommenen Fall, wodurch er sich zu seinem Ausspruche berechtigt glaube, obwohl er selbst mit dem Écraseur nicht operirt habe.

Ueber diesen Fall berichtet Herr *Biefel* dahin, dass es sich um ein Epithelialcarcinom gehandelt habe, welches durch das Écrasement einmal entfernt, recidivirt wäre, und nun zum zweiten Male mit aller Vorsicht in der Weise mit dem Écraseur exstirpirt worden wäre, dass das Scheidengewölbe abpraeparirt, die Portio vaginal. hervorgezogen, und nun langsam mit Verschiebung des Instruments nach je 10 Secunden abgequetscht worden sei. Es trat keine Blutung ein, aber der Tod erfolgte am 3. Tage nach der Operation, und die Section ergab eine Perforation der Blase und des Peritonäum, welche offenbar so entstanden waren, dass der Écraseur nicht gleich losgelassen, sondern benachbarte Theile mit hinein gezogen worden waren.

Herr *Gurlt* ist der Meinung, dass hier mit viel grösserem Vortheil die Galvanokaustik in Anwendung zu bringen sei.

Herr *Grohé* zeigte dann der Gesellschaft die Geschlechtstheile eines $3^1/_2$jähr. Mädchens vor, welches Monate lang an Ausschlägen im Gesicht gelitten hatte und Anfang November in der Charité erkrankt sei; es litt am 4. November an croupösem Husten, wurde bald soporös, und starb in der Nacht des 6. November. Das Präparat zeigte die grossen und kleinen Schamlippen von einem braungefärbten Exsudate überkleidet, welches sich nur in die Fläche ausgebreitet hatte, und auch auf der Scheide bemerkt wurde, während der Uterus frei war. Es war besonders die gleichmässige Beschaffenheit des Exsudates und seine Ausbreitung in die Fläche auffallend, welche indessen nicht hinderte, den Process als Noma zu bezeichnen, weil in dieser Beziehung von den Schriftstellern

ein Gegensatz zwischen dem Noma der Scheide, und dem der Wange, welches sofort in die Tiefe greift, anerkannt wird.

Herr *Körte* hatte vor 14 Tagen einen Fall von Abdominalphthisis erlebt, wo an der Falte des hintersten Theils der Lippe Noma entstanden war, und durch starkes Aetzen mit Acidum pyrolignosum, welches Blutung zur Folge hatte, gebessert wurde. Der Tod erfolgte jedoch bald darauf an Phthisis; in dem Kinderhospital hatte er im Ganzen 2 Fälle von Noma der Scheide erlebt, von denen der eine von Noma der Lippe begleitet war. In Bezug auf die Ansicht von *Rilliet*, dass immer dem Noma andere Erkrankungen, wie Pneumonie, Enteritis u. s. w. zu Grunde liegen sollen, fragte Herr *Körte*, ob im vorliegenden Falle die Section etwas Derartiges ergeben habe, oder ob das Kind viel Calomel erhalten hätte.

Herr *Grohé* berichtete hierauf, dass er in den Lungen sehr dichte hämorrhagische Infiltrationen, in den sehr hypertrophirten Lumbardrüsen und auf der Magenschleimhaut frische Hämorrhagien, und im Darm ältere Melanosen wahrgenommen hätte; Calomel hatte das Kind nur etwa gr. viii erhalten, war aber sehr ärmlich gekleidet, und schon in einem marastischen Zustande in die Charité aufgenommen; auch hatte sich sein Darmkanal als Aufenthaltsort von Oxyuris, Trichocephalus und Ascaris ausgezeichnet.

Zum Schlusse machte Herr *B. Schultze* Mittheilungen über eine cystenförmige Auftreibung des rechten Ovarium durch Blutextravasate bei einem todtgebornen Kinde. (Hierzu eine Abbildung.)

Ein fast ausgetragenes $17^3/_4$ Zoll langes 5 Pfd. schweres, während der Steissgeburt abgestorbenes Mädchen zeigte bei der Section den gewöhnlichen Befund durch ein Circulationshinderniss bei der Geburt zu Grunde gegangener Früchte: Die Lungen zeigten unter der Pleura, namentlich die rechte zahlreiche Apoplexieen, eben solche das Pericardium an den Gefässstämmen. Die Pleura enthielt wenig, das Pericardium ziemlich viel blutig-seröse Flüssigkeit. Ein ziemlich reichlicher blutig-seröser Erguss war in der Bauchhöhle; Stase in den Gefässen des parietalen und visceralen Peritonäums, der Peritonäalüberzug der convexen Fläche der Leber an zwei

sechsergrossen Stellen zu einer Blutblase abgehoben. Leber, Milz und namentlich die Nieren sehr blutreich, letztere mit zahlreichen capillären Apoplexieen der Rindensubstanz.

Eine bemerkenswerthe Anomalie zeigte der rechte Eierstock. Durch sein Lageverhältniss zum Fundus uteri, zur Tube und zum Ligamentum latum deutlich als solcher characterisirt, bildet derselbe eine zwischen die Windungen der Därme hinaufragende, den Fundus uteri etwas nach links hinüberdrängende $^5/_4$ Zoll im Durchmesser haltende ziemlich kugelförmige glatte Geschwulst. Nirgend peritonäale Verwachsungen oder sonstige Spuren stattgehabter Entzündung. Die Geschwulst zeigt keine bedeutende Spannung, fühlt sich weich-elastisch an und man erkennt schon durch das Gefühl, dass die Wand ziemlich dick und der Inhalt nicht ganz flüssig ist. Die Wand ist von starken äusserlich durchscheinenden verzweigten Gefässen durchzogen. Beim Einschneiden durch die Wand sickern nur wenige Tropfen Blut aus und eine vollständige Spaltung der Geschwulst vom oberen Rande aus ergab als Inhalt derselben das zu einem weitläufigen Maschenwerk ausgedehnte Stroma des Eierstocks, die Zwischenräume von theils flüssigem, theils geronnenem Blute, theils farblosen Fibringerinseln ausgefüllt; vom ursprünglichen Bindegewebe des Stroma ist nur wenig mit Mühe zwischen den festen Fibringerinseln herauszuerkennen. Follikel sind nirgend zu entdecken. Die ganze Pulpa schält sich aus der fast $^1/_2$ Millimeter dicken Albuginea leicht heraus. Der linke Eierstock, übrigens normal, zeigt drei bis zur Grösse von $^1/_2$ Linie ausgedehnte Follikel, von schöner Membrana granulosa ausgekleidet. Eier wurden nicht aufgefunden.

Die stark hypertrophirte Albuginea sowie die Entwicklung bedeutender Gefässe in deren Peritonäalüberzug geben den sichern Beweis, dass die Vergrösserung des rechten Eierstocks eine allmälige, wohl sicher mehrere Wochen in Anspruch nehmende war. Die beschriebene Zusammensetzung des Inhalts der Geschwulst lässt keinen Zweifel, dass Blutextravasationen verschiedenen Datums in das Stroma des Ovariums, die Ursache dieser allmäligen Vergrösserung waren; eine während des intrauterinen Lebens gewiss seltene Erkrankung des Eierstocks. Herz und Gefässe zeigten sich ganz normal,

so dass die Ursachen der Erkrankung im Eierstock selbst zu vermuthen sind. Die Erscheinungen der Stauung und Extravasation in den übrigen Organen des Unterleibs und in denen des Thorax stehen ausser aller ätiologischen Verwandtschaft mit der Erkrankung des Eierstocks, sie tragen überall den Stempel frischer Entstehung und finden ihre volle Erklärung in der Todesart, welcher sie als ganz constanter Befund zukommen.

Die Abbildung zeigt die inneren Genitalien von vorn.

o. o. Ovarien
f. Fundus uteri
t. t. Tuben
h. Hydatide
l. l. Ligamenta lata
r. r. Ligamenta rotunda
u. Corpus uteri
p. Peritonäum der Excavatio vesico-uterina
m. äusserer Muttermund
v. Schleimhaut der Scheide.

XIV.

Hülfswege für den Geburtshelfer in Fällen derartiger Verunstaltungen des mütterlichen Beckens, dass ein reifes Kind unverkleinert nicht hindurch geleitet werden kann.

von

Dr. **Friedrich Ludwig Meissner** in Dresden.

Sicherlich hat jeder nur einigermassen beschäftigte Geburtshelfer die Erfahrung gemacht, dass gar nicht selten Geburtsfälle zur Beobachtung gelangen, wo der Umfang des Kindeskopfs und bisweilen auch selbst des kindlichen Körpers mit dem Raume des mütterlichen Beckens im Missverhältnisse stehen, und dass auf jeder der beiden Seiten die Ursache des gestörten Mechanismus der Geburt angetroffen wird. In der Mehrzahl der Fälle sucht man nun den Grund in einem Fehler

des mütterlichen Beckens und es ist nicht in Abrede zu stellen, dass zwei bekannte Krankheiten, nämlich die Rhachitis und die Osteomalacie dazu Veranlassung geben.[1]) Es giebt aber

1) Vgl. *Luchini v. Spiessenhof*, resp. *Glossmann*, Diss. de partu praeternaturali ex disproportione inter caput foetus et pelvim orta. Heidelbergae 1742. — *Schiffert*, Dissert. de difficultate pariendi ex mala conformatione pelvis. Halae 1756. — *Thierry*, Diss. de partu difficili ex mala conformatione pelvis. Argentorati 1764. — *Schreger*, Pelvis animantium brutorum cum humana comparatio. Lipsiae 1787. — *Jördens*, Diss. de vitiis pelvis muliebris ratione partus. Erlangae 1787. 4. — *C. C. Creve*, Vom Baue des weiblichen Beckens. Leipzig 1794. — Ders., Von den Krankheiten des weiblichen Beckens. Berlin 1796. 4. — *Wichert*, Dissert. de excrescentiis praeternaturalibus ex interiore pelvis muliebris superficie. Goettingae 1797. 4. — *Joh. Chrph. Ebermaier*, Diss. de nimia pelvis muliebris amplitudine ejusque in graviditatem et partum influxu. Goettingae 1797. 4. — *Autenrieth* et *Fischer*, Observationes de pelvi animalium. Tubing. 1798. — *G. Bakker*, Descriptio pelvis foemineae. Groning. 1816. 4. — *C. Ch. Wagner*, Diss. de anchylosi ossium pelvis. Heidelbergae 1818. 4. Cum III tab. aen. — *J. L. Choulant*, Decas I. et II. Pelvium spinarumque deformatarum adjectis nonnullis annotationibus. Lipsiae 1818. et 1820. 4. — *v. Persyn*, Diss. de exostoseum atque osteosteatomatum pelvis muliebris influxu in partum. Berolini 1821. 8. — *F. C. Nägele*, Das weibliche Becken. Carlsruhe 1825. 8. — *G. Vrolik*, Considérations sur la diversité des bassins des différentes races humaines. Amsterdam 1826. — *S. D. Cohn*, Diss. de varia pelvis foemineae forma. Regiomont. 1827. 8. — *Schwabe*, Diss. de pelvi ejusque deformationibus. Jenae 1828. — *Weber*, Lehre von den Ur- und Raçeformen der Schädel und Becken. Düsseldorf 1830. 8. — *G. G. Clausius* (Praes. *Naegele*), Commentatio inaug. med. sistens rarissimum casum mogostociae pelvinae, additis observationibus de discrimine inter pelvim e rhachitide et pelvim ex osteomalacia adultorum deformem. Francof. ad Moen. 1834. — *J. H. Ch. Trefurt*, Ueber die Ankylose des Steissbeins. Göttingen 1836. 8. — *J. W. Betschler*, Commentat. dystociae decursum in pelvi rhachitica sistens. Vratislav. 1837. 4. — *L. A. Kleinert*, Uebersicht der Durchmesser und Verhältnisse des weibl. Beckens, so wie der regelmässigen und regelwidrigen Kindeslagen. Berlin 1837. (mit 1 Tabelle). — *Otto*, Enarratio de rariori quodam plenariae ossium pubis ancylosis exemplo. Vratislav. 1838. 4. Cum tab. — *Jos. Hofmann*, Das regelwidrige weibl. Becken. Isauguralabhandlg. München 1839. 8. — *Puchelt*, Diss. de tumoribus in pelvi partum impedientibus. Heidelbergae 1840. — *J. Handvogel*, Ueber die Grundursachen der Deformität des rhachi-

noch mancherlei andere Veranlassungen der Beschränkung der Räumlichkeit des weiblichen Beckens und es kann gar wohl

---

tischen und osteomalacischen Beckens. Inauguralabhandlg. Leipzig 1840. 8. — *Martin*, De pelvi oblique ovata cum ancylosi sacro-iliaca. Jenae 1841. Fol. — *Van Huevel*, Sur la pelvimétrie etc. II. Edit. Gant. 1841. — *J. Wiltmann*, De dignitate pelvis foemineae in partu. Bonnae 1848. 8. — *F. Robert*, Beschreibung eines im höchsten Grade querverengten Beckens. Karlsruhe 1842. 4. Mit 8 Kupfertaf. — *G. Vrolik*, Ueber eine vollkommene Verwachsung der Gelenke an den Kreuz-, Darm- und Schambeinen, ohne vorhergegangene krankhafte Beschaffenheit. Mit 2 Kupfertafeln quer Fol. Amsterdam 1841. — *Lærche*, De pelvi in transversum angusta. Halae 1845. — *Franz K. Nägele*, Das schräg verengte Becken. Mainz 1839. Fol. Mit 16 Tafeln, nebst einem Anhange über die wichtigsten Fehler des weibl. Beckens überhaupt. Mainz 1850. — *Wilh. Hillebrand*, Inaugabhdlg. Ueber Form und Ursache des schräg verengten Beckens. (Praes. *v. Ritgen*). Giessen 1849. 4. Mit 1 Abbldg. — *Theod. Schildwächter*, Inauguralabhandlung (Praes. *v. Ritgen*). Ein exquisit osteomalaktisches Becken. Giessen 1850. 8. Mit 1 Abbildung. — *Hunnius*, Dissert. Pelvis oblique ovata. Dorpati 1851. — *Münch*, Dissert. Beitrag zur Lehre vom osteomalac. Becken. Giessen 1851. — *Michaelis*, Das enge Becken. Leipzig 1851. — *A. Hayn*, Beiträge zur Lehre vom schräg verengten Becken. Königsberg 1852. 4. Mit 1 lithogr. Taf. — *A. F. Hohl*, Zur Pathologie des Beckens. Zwei Abhandlungen: Das schräg verengte Becken. Rhachitis und Osteomalacie. Leipzig 1852. 4. Mit 13 Taf. — *C. F. C. Litzmann*, Das schräg ovale Becken mit besonderer Berücksichtigung seiner Entstehung im Gefolge einseitiger Coxalgie. Kiel 1853. Mit 5 lithogr. Taf. Fol. — *Jos. Pfeiffer*, Inauguralabhdlg. (Praes. *v. Ritgen*). Ueber das durch Entzündung fehlerhafte Frauenbecken. Giessen 1853. 8. — *F. Robert*, Ein durch mechan. Verletzung und ihre Folgen quer verengtes Becken, im Besitz des Hrn. *Paul Dubois* in Paris. Berlin 1853. 4. Mit 6 lithogr. Taf. — *F. A. v. Ritgen*, Das alterswidrig gebauete Frauenbecken, nebst Vorschlag zur Buchstaben-Bezeichnung der Beckenmasse. Giessen 1853. Mit 1 Taf. — *Schnell*, De pelvi oblique-ovata Acced. tab. lithogr. Dorpati 1853. 8. — *E. Gurlt*, Ueber einige durch Erkrankung der Gelenkverbindungen verursachte Missstaltungen des menschl. Beckens. Berlin 1854. Fol. Mit 5 Taf. Abbildungen u. 1 Tabelle. — *Herm. Fr. Kilian*, Schilderungen neuer Beckenformen und ihres Verhaltens im Leben. Der Praxis entnommen. Mit 9 lithogr. Taf. Mannheim 1854. 4. — *Schellhorn*, Ueber das schräg ovale Becken. Erlangen 1853. — *Otto Fr. de Lossberg*, Pelvis anomaliis commixtis memorabilis. Dorpati 1856. 4. Acced. tab. lapidi incis.

sein, dass gezeitigte Geschlechtsreife oder die zu frühzeitigen Ehen vor völlig beendigtem Wachsthume des menschlichen Weibes zur Erzeugung des Pelvis justo minor, das die schwersten Entbindungen veranlasst und vieler Kinder Leben kostet, Gelegenheit giebt. Die einzelnen Knochen, welche vereiniget das Becken bilden, sind dabei schlank, zart und noch nicht ganz ausgewachsen und namentlich deutet der meistens spitzwinklich zulaufende Schoossbogen auf ein Zurückbleiben auf einer früheren Bildungsstufe hin. — Das Becken kann ferner durch die aus einer syphilitischen Basis keimenden Knochenauswüchse (Exostosen), oder die aus früheren Entzündungen der Beckenknochen-Verbindungen hervorwuchernden Osteosteatome verengt oder verunstaltet werden, so wie auch mechanische Einwirkungen auf das Becken und Knochengeschwüre zu Verbiegungen einzelner Knochen des Beckens Anlass geben können. Noch nachtheiliger aber sind für das Becken ungleiche Länge der unteren Extremitäten, Luxationen, namentlich des Schenkelkopfs, hinkender Gang und Callositäten, welche Fracturen der Beckenknochen folgen. — Eine fernere Verunstaltung des Beckens verursacht die zuerst von *H. F. Kilian* [1]) zur Sprache gebrachte, und später auch von *L. Lehmann* [2]) und *F. W. Scanzoni* [3]) beobachtete Spondylolisthesis (Herabgleiten der Lendenwirbel in die Beckenhöhle), wobei zuweilen einzelne Zwischenwirbelknorpel ganz verschwinden und häufig die Verbindung des letzten Lendenwirbels mit dem ersten Kreuzbeinwirbel verknöchert. — Endlich scheint auch manche Verkrümmung der Wirbelsäule, namentlich Lordosis des Lendentheils derselben, einen nachtheiligen Einfluss auf die Configuration des kleinen Beckens zu haben und die Becken-

---

1) *H. F. Kilian*, De spondylolisthesi, gravissimae pelvangustiae caussa nuper detecta. Commentatio anatomico-obstetricia Bonnae 1853. 4. Acced. III Tab. lithogr.

2) Nederl. Weekblad voor Geneeskunde. 1854. Sept.

3) *F. W. Scanzoni*, Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie. Würzburg 1855. II. Bd. Mit 3 Steindrucktafeln 1. — Vergl. *B. Seyfert* in den Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg III. 2. 1852. 8.

neigung zu verändern und dadurch ebenfalls den Verlauf der Geburt zu erschweren.

Haben wir in dem Vorhergehenden ungefähr angedeutet, welche Veranlassungen von Seiten des mütterlichen Körpers zu dem von uns eben besprochenen Missverhältniss zwischen Becken und Kindeskörper aufgefunden werden, so bleibt uns noch übrig die im Kinde vorkommenden Ursachen kürzlich anzugeben und als solche treffen wir in erster Linie die im Allgemeinen zu bedeutende Grösse oder Hypertrophie, da öfters zehn, zwölf, ja bisweilen selbst fünfzehn Pfund schwere Neugeborne beobachtet worden sind. Noch auffallender zeigt sich dieses Missverhältniss bei mancherlei Krankheiten des Fötus, namentlich bei wässrigen und festen Geschwülsten desselben, z. B. beim angebornen Wasserkopf und mit serösen Cysten am Kopfe, Halse oder Rücken (wie z. B. beim gespaltenen Rückgrat oder Spina bifida) behafteten Früchten, ingleichen bei angebornem Hydrops ascites, Wassersucht der Nieren u. dergl. m. Am aller Bedeutendsten ist aber der Umfang mancher Monstra per excessum, worunter wir nicht allein zweiköpfige oder zweileibige, sondern auch verschmolzene oder verwachsene Früchte zählen.

Halten wir nun eine Umschau in der Geschichte der Geburtshülfe und fragen: welche Operationen hauptsächlich zur Beendigung solcher Geburten, so wie zur Rettung der Mütter und zur Erhaltung der Kinder in Vorschlag gebracht, oder auch in Vollziehung gesetzt worden sind, so finden wir deren vorzüglich acht, nämlich 1) die Paracentese; 2) die Perforation oder Trepanation; 3) die Cephalothrypsie oder Zermalmung des Kindeskopfs; 4) die Embryotomie oder Zerstückelung des Kindeskörpers; 5) die Symphysiotomie oder Schamfugenschnitt und die Pelviotomie oder Durchschneidung einzelner Beckentheile; 6) die Zerstörung des menschlichen Eies oder die Herbeiführung des Abortus; 7) die gegen Ende der Schwangerschaft hervorgerufene künstliche Frühgeburt und endlich 8) den Kaiserschnitt und Bauchschnitt, über welche Operationen wir hier noch einige Bemerkungen hinzuzufügen uns erlauben.

1) Die Paracentese kann in der Geburt das Ei, den Wasserkopf, seröse Cysten aller Art und auch selbst beim

Hydrops ascites den Unterleib des Fötus treffen und sie ist nach richtigen Indicationen und mit Geschick angestellt immer eine wohlthätige Operation, da durch sie das Hinderniss der Geburt gehoben und dabei auch das Leben des Kindes nicht geopfert wird. Sollte uns hier von irgend einer Seite etwa der Einwurf gemacht werden, dass es dem Geburtshelfer in wichtigen Fällen wohl erlaubt sein dürfe das betreffs der Erhaltung sehr in Frage stehende schon im Mutterleibe durch Wassersucht bedrohete Leben des Kindes aufzuopfern, — so entgegnen wir ihm darauf, dass der Geburtshelfer so viel nur irgend möglich bei allen seinen Hülfsleistungen beide, Mutter und Kind, zu erhalten Bedacht nehmen müsse und dass dem Arzte unter keinerlei Umständen das Recht über Leben und Tod zugesprochen werden kann. In dieser Beziehung machen wir unsere geehrten Leser vorzüglich auf des würdigen *C. W. Hufeland* trefflichen Aufsatz [1]) über diesen Gegenstand und einen zweiten damit verwandten [2]) aufmerksam, in denen er von dem Grundsatze ausgehet, Gott allein habe über die Nothwendigkeit eines menschlichen Daseins zu entscheiden, ein Grundsatz, den jeder Arzt auch in Collisionsfällen und Verlegenheiten oder kritischen Fällen zu dem seinigen machen sollte und dem sich auch Dr. *Ignaz Düntzer* mit Recht in seiner besonderen kleinen Schrift [3]) anschliesst. Demselben Grundsatze folgen auch wir, obgleich wir weit davon entfernt sind, den Fachgenossen zu verurtheilen, der sich in so kritischen Fällen auf eine andere Weise entscheidet; denn unsere Meinung geht dahin, dass Jeder darin seine Ueberzeugung und sein Gewissen müsse entscheiden lassen.

---

1) Von dem Rechte des Arztes über Leben und Tod. Aus *Hufeland's* Journal der prakt. Heilkunde. Berlin 1823. Januar S. 1 besonders abgedruckt.

2) Von den Krankheiten der Ungebornen und der Vorsorge für das Leben und die Gesundheit des Menschen vor der Geburt. Ebendaher 1827. Januar S. 1.

3) Die Competenz des Geburtshelfers über Leben und Tod. Köln 1842. 8. — Vergl. *F. C. Naegele*, Progr. de jure vitae et necis quod competit medico in partu. Heidelbergae 1826. 4.

2) Die Verkleinerung oder Perforation des Kindeskopfs[1]) ist, wie schon aus den Schriften des *Hippocra-*

1) Die bekanntesten Monographien über Perforation sind folgende: *A. Polanus*, Quaestio, num chirurgo liceat salva conscientia foetum necare, ut matrem servet. Oppen. 1619. 4. — *L. v. Spiessenhof*, Diss. de partu praeternaturali ex disproportione inter caput foetus et pelvim orta. Heidelbergae 1742. 4. — *C. F. Kaltschmidt*, Progr. de casu partus difficilis, in quo infanticidium licitum est. Jenae 1751. 4. — *Lindemann*, Dissert. de partu praeternaturali, quam sine matris aut foetus sectione absolvere non licet. Goettingae 1755. 4. — *Zeis*, Diss. de caussis mortem necessario in partu inferentibus. Goettingae 1756. 4. — *H. D. Winicker*, (Praes. *J. G. Roederer*) Diss. inaug. de non damnando usu perforatorii in paragomphosi ob capitis molem. Goettingae 1758. 4. — Embryulcia, seu de foetus vivi extractione per uncos non illicita. Veron. 1758. 4. — *J. A. Deisch*, Abhandlung, dass weder durch Wendung noch Zange die scharfen Instrumente gänzlich vermieden werden können. Augsburg 1754. 8.; — vermehrte Aufl. 1766. — *Chr. Fr. Richter*, Dissert. de infanticidio in artis obstetriciae exercitio non semper evitabili. Lips. 1792. 4. — *J. G. Klees*, Diss. de instrumentis quibusdam ad perforationem capitis foetus in partu difficili aptis. Jenae 1792. 4. — *G. E. Wegemann* (Praes. *Chr. Fr. Jaeger*), An in summo cuneationis capitis gradu praeferenda sit methodus Sigaultiana hactenus usitatae perforationi capitis vel et sectioni Caesareae? Tubingae 1779. 4. — *Scheel's* neue Hakenzange und Perforatorium sind beschrieben und abgebildet in *v. Pfaff* und *Scheel's* Nordischem Archiv für Natur- und Arznei-Wissenschaft. I. Bd., 2. Bogenzahl St. 6. Kopenhagen 1799. 8. — *P. Assalini*, Observationes practicae de tutiori modo extrahendi foetum jam mortuum supra vitiatam pelvim detentum. Mediolani 1810. 8. cum tab. — *Rud. Rob. Mesdag* (Praes. *Thuessink*), Diss. de partu difficili instrumentis secantibus absolvendo. Groning. 1810. — Nuovi stromenti di Ostetricia e loro uso del Cavalieri *P. Assalini* etc. Milano 1811. — *Gervasoni*, Su l'uso de nuovi stromenti di ostetricia dal Prof. D. *Assalini*. Milano 1811. — *J. Braun*, Responsum quaestionis de perforatione cranii in partu difficili, foetu adhuc vivo, retinenda an rejicienda? Landishuti 1815. 8. — *P. A. Arntz*, Diss. de perforatorii usu et abusu. Marburgi 1818. 8. — *Maur. Küstner*, Diss. de perforatione cranii in partu ancipite. Lipsiae 1819. 4. — *A. Metzer*, Diss. de diminuendo sub partu foetus capite. Labuci 1821. 8. — *F. Ch. Sauer*, Diss. de perforatione foetus in partu difficili. Halae 1821. 8. — *G. M. Stark*, Progr. de perforationis et perforatorii historia. Jenae 1822. 4. — *F. de Blois*, Rarior quidam casus ex policlinica-obstetricia Bonnensium applicatus ad doctri-

tes[1]) und *Celsus*[2]) hervorgeht, schon den Alten, wie auch die Exsectio foetus in utero mortui bekannt gewesen und es war auch diese einzige Erleichterung der Geburt bis zu der Zeit gültig geblieben, wo *Ambros. Paräus, Guillemeau, Mauriceau* und *de la Motte* die grossen Vorzüge der Wendung an's Licht stellten. Wurde nun auch einige Zeit lang mit der Perforation wahrhaft Unfug getrieben, indem *Deisch* in Augsburg unter 59 Geburten 29 Mal Messer und Haken gebrauchte, wobei ausser allen Kindern auch noch 10 Mütter verloren gingen und *Mittelhäuser* in Weissenfels 90 Mal Messer und Haken in Anwendung brachte, auch *Osborn* in England bei der geringsten Beckenenge noch lebende Kinder perforirte, so änderte sich doch dies Alles, als der alte ehrwürdige *Boër* sich bemühete, eine auf Vernunft basirte naturgemässe Geburtshülfe zu begründen und einzuführen. Nächst ihm waren es nun vorzugsweise *W. Schmitt, Jörg, v. Klein, v. Siebold, Nägele, Mende, Busch* u. A. m., welche dieser Operation bestimmte Gränzen anwiesen und ihr feste Indicationen gaben. Die wohlthätige Wirkung der Geburtszange war inzwischen anerkannt worden und viele Kinder, die früher getödtet worden wären, wurden am Leben erhalten, und wenn auch Einzelne,

---

nam de perforatione. Bonnae 1823. 8. — *J. F. W. Roeding*, Diss. Caedes infantuli in utero materno. Hamburgi 1823. 8. — *A. A. Weise*, Diss. sistens quaedam de lite, an vita foetus illi matris in casu ancipite subordinanda sit. Vindobonae 1823. 8. — *L. F. Jenisch* (Praes. *L. S. Riecke*), Diss. de usu uncorum in arte obstetricia. Tubing. 1824. 8. Cum tab. aen. — *Car. Fr. Theurer* (Praes. *L. S. Riecke*), Diss. de diminutione foetus obstetricia. Pars I et *Chr. Fr. Theurer* (Praes. *Riecke*) Pars II. Tubing. 1824. 8. — *A. C. H. Kittel*, Diss. de Sectione Caesarea et cranii perforatione. Rostochii 1825. 8. — *E. F. Kuhk*, Diss. de excerebratione foetus. Berolini 1826. 8. — *C. Sadler*, Varii perforationis modi descripti et enarrati. Carlsr. 1826. 4. Cum XII tab. lithogr. — *F. H. Ch. Zernial*, Diss. de necessario perforatorii usu. Bonnae 1826. 8. — *H. J. Micksch*, Diss. de perforatione cranii. Lipsiae 1828. 4. — *H. F. Kilian*, Progr. de pelvi nana sive aequabiliter justo minor. Bonnae 1831. 4. — *Bernard*, Nouvelle méthode de céphalo-soinge chez le foetus, qui a cessé de vivre. Paris 1851. 8.

1) De morbis mulierum ed. *C. E. Kühn* Tom. II p. 702 et Tom. III p. 377.

2) De medicina. Ed. Bipont. p. 489.

wie z. B. *F. B. Osiander*, zu weit gingen und nun die Perforation ganz verpönten, so sah man doch ein, dass namentlich in Fällen, wo die Kinder bereits im Uterus abgestorben waren, durch die Perforation und Verkleinerung des Kindeskopfs den bedauerungswürdigen Gebärenden viele unnöthigen Qualen und Leiden erspart wurden.

Handelt es sich nun zunächst um Beantwortung der Frage, ob ein noch lebendes Kind perforirt werden dürfe, so antworten wir, dass die ansehnlichsten Lehrer der Geburtshülfe und Praktiker, wie *Wenzel, Jörg, Busch, Carus* u. A. m. mit gerechtem Unwillen gegen das Perforiren lebender Kinder geeifert haben; dass *H. F. Kilian* den vorherigen Tod des Kindes die Conditio, sine qua non nennt und dass *v. Froriep* sich dahin aussprach, dass in zweifelhaften Fällen ein Zeichen des Lebens des Kindes höher geachtet werden müsse, als mehrere des Todes, welcher Zweifel jetzt seit der Bekanntschaft mit der Auscultation weniger herrschen kann. Dagegen haben nun allerdings andere Aerzte, wie z. B. *Wigand, Klein* und *J. Braun* das Perforiren noch lebender Kinder als erlaubt hingestellt und ausser mehreren bereits von *Mauriceau, de la Motte, Hamilton, Peu, Crantz* und uns [1]) bereits angeführten Fällen giebt es leider noch manche, in welchen perforirte Kinder mit theilweise entleertem Gehirn zum Entsetzen der Anwesenden noch lebten und schrieen. *Laurentius Heister* [2]) setzte einen Haken in den Kopf eines für todt gehaltenen Kindes, zog dasselbe hervor und sah es noch drei Tage lang leben; *Beyer* in Soest [3]) machte ebenfalls die traurige Erfahrung, dass ein perforirtes Kind mit gänzlich zerstörtem Gehirn, nachdem es in ein Tuch eingehüllt bei Seite gelegt worden war, noch minutenlang athmete und seine Glieder bewegte, und *Ed. Laborie* [4]) in Paris sah nach Ent-

1) Forschungen des 19. Jahrhunderts u. s. w. 1. Bd. Leipzig 1826. 8. S. 139.

2) Medicin., chirurg. und anatom. Wahrnehmungen. II. Band zum Druck befördert durch Prof. *W. Fr. Cappel* in Hildesheim. Rostock 1770. 4.

3) *Hufeland's* und *Osann's* Journal der praktischen Heilkunde. Berlin 1833. Mai.

4) Annales de la Chirurgie française et étrangère. Paris 1844. Séptbr.

fernung eines grossen Theils des Gehirns das perforirte Kind noch über eine Stunde lang leben. — Welche traurige Rolle spielte wohl in solchen Fällen der Geburtshelfer! Wir sollten meinen, jeder Athemzug des enthirnten Kindes müsste ihm einen Stich in's Herz gegeben und vor den Anwesenden die Schamröthe in's Gesicht getrieben haben.

Es ist aber doch nicht ganz leicht, allgemein gültige Indicationen für die Perforation des Kindes festzustellen, denn die Erfahrung hat sattsam bewiesen, dass eine Enge des Beckens (namentlich in der Conjugata) von $2^1/_2$—$3^1/_2$", wenn sie auch immer zuverlässig zu ermitteln sein sollte, nicht als gültig angesehen werden kann, da häufig bei solchen Becken Kinder noch lebend geboren werden können. Da nun auch sehr viel auf die Grösse des Kindes, die Elasticität und Biegsamkeit der kindlichen Knochen und die Stärke der Wehen ankommt, so leuchtet ein, dass die Angabe eines bestimmten Beckenmasses nicht als allgemein gültige Anzeige zur Perforation betrachtet werden kann. Ist es uns doch mehrmals gelungen, Frauen, welche früher diese Operation überstanden hatten, später von lebenden Kindern zu entbinden. Ja in vielen Fällen lässt sich zu Anfange der Geburtsarbeit noch gar nicht bestimmen, ob man sich zur Perforation noch werde genöthiget sehen. Demgemäss kann die Indication zur Perforation nur das Resultat einer sachkundigen Vergleichung der Räumlichkeit des Beckens mit der Grösse und Zeitigkeit des Fötus, der Elasticität und Nachgiebigkeit der Kopfknochen und mit dem Gange des Geburtsgeschäfts, der Kraft der Wehen und der Summe der Kräfte oder der Erschöpfung der Gebärenden sein. Ganz junge Geburtshelfer sollten sich daher immer, bevor sie zu einer solchen Operation schreiten, eines erfahrnen Beirathes bedienen. Dadurch würden auch öfters unverantwortliche Fälle, wie der von *L. A. E. Wolff*[1]) berichtete, wo nach der Perforation noch der Kaiserschnitt (wenn auch noch glücklicher Weise mit Erhaltung der Mutter) unternommen wurde, vermieden werden. Einen Fall, wo bei aller Fehlerhaftigkeit der Ausgang noch ein glücklicher war, theilt

1) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. VIII. S. 348.

Lagad[1]) mit; nämlich nach Craniotomie ein lebendes Kind, weil nur eine Knochenwunde vorhanden, das Gehirn aber intact war.

Die Zeit anlangend, wann die Operation vorzunehmen ist, erachten wir es stets für bedenklich damit zu beginnen, weil die Vorsicht verlangt, dass man zuvor sich überzeuge, ob man nicht auf eine schonendere Weise, etwa durch Gebrauch der Geburtszange, zum Ziele gelange. Aber auch die Methodus exspectativa hat ihre Gränzen und es darf durch ein rücksichtsloses zu anhaltendes Manoeuvriren mit der Zange Leben und Gesundheit der Gebärenden nicht gefährdet werden; vielmehr unternehme man diese Operation sofort, wenn in einem Falle beträchtlicher Verengerung des Beckens nach langer und fruchtloser Anstrengung der Gebärenden gefährliche Erscheinungen für Mutter oder Kind eintreten, welche die schleunige Entbindung gebieten. — Nun entsteht endlich noch die Frage, auf welche Weise und mit welchen Instrumenten die Operation zu vollführen ist. In der neueren Zeit giebt man fast allgemein den trepanförmigen Instrumenten vor den früher gebräuchlichen scheerenförmigen den Vorzug, nicht allein weil man bei ersteren sich keine Naht zur Operation auszusuchen hat, sondern gleichviel an welcher Stelle den Kopf eröffnen kann; sondern auch weil die Contractionen der Gebärmutter die gemachte runde Oeffnung nicht wieder schliessen können, wie dies gewöhnlich bei der spaltenförmigen der Fall ist, und weil nach dem Trepaniren nicht leicht, wie bei jenen, Knochensplitter vorkommen, welche Verletzungen veranlassen können. Ausserdem versehe man sich mit einigen stumpfspitzen Haken mit Griffen nach *Levret*, mit einer *Stein*'schen Knochen- und einer gewöhnlichen Kopfzange; man kann aber auch nach Eröffnung der Kopfhöhle, die Geburt, wenn eine drängende Ursache der Beschleunigung derselben nicht vorhanden ist, nach vorausgeschickter Zerstörung des Gehirns noch einige Zeit lang der Natur überlassen, um den Ausfluss und den Collapsus des Kopfs abzuwarten, oder auch wohl, ohne zu Haken und Knochenzange zu greifen, die Geburt mit

1) Journal des connaissances médico-chirurgicales. Paris 1849. Séptembre.

der Kopfzange oder durch Wendung und nachfolgende Extraction des Kindes an den Füssen beendigen. — Das erste Trepan-Perforatorium hat, wie *C. Sadler* nachgewiesen, *Wechsung* schon i. J. 1757 angegeben, dem i. J. 1810 *Assalini* und 1818 *Jörg*, später aber viele Abänderungen gefolgt sind. — *Ziegler*[1]) gab zur Extraction eines perforirten Kopfs eine eigenthümlich gekrümmte Kopfzange an; die nicht gefenstert und deren eine Branche gezahnt ist.

Es wird nun aber selten die aus einem bedeutenden Missverhältnisse zwischen der Grösse des Kindeskopfs und der Räumlichkeit des mütterlichen Beckens resultirende Schwierigkeit der Geburt allein durch die Eröffnung des kindlichen Schädels und theilweise Enthirnung desselben sofort gehoben, sondern wir haben die Perforation gewissermassen nur als eine vorbereitende Operation der eigentlichen Entbindung zu betrachten, da häufig der eröffnete Kindeskopf behufs der völligen Ausschliessung noch viele Schwierigkeiten macht[2]) und die anderweitige Verkleinerung des Kopfs durch Knochenzangen und Extraction durch Haken erfordert. Weil nun namentlich bei diesen letztgenannten mühsamen Operationen, wie die Erfahrung sattsam bewiesen hat, nicht selten noch beträchtliche und selbst lebensgefährliche Verletzungen der Gebärenden vorgekommen sind, so ist man auf Entdeckung einer andern diesen Schwierigkeiten begegnenden Operation ausgegangen und diese ist

3) die Cephalothrypsie oder Zermalmung des Kindeskopfs.[3]) — Der Erfinder dieser Operation und zu-

---

1) The American monthly Journal. 1849. Mai.

2) Zur Bekräftigung dieser Behauptung dient die Mittheilung des Prof. *Hofmann* in der Monatsschrift für Geburtskunde Bd. I. S. 389 (Berlin 1853) über einen Fall aus der geburtshülflichen Poliklinik der Königl. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München, eine Person betreffend, an welcher wegen excessiver Grösse eines überreifen Kindes bei regelmässigem Becken die Perforation unternommen wurde und die Frau, da auch nach der Enthirnung die Extraction noch nicht gelang, unentbunden starb.

3) *Baudelocque*, De la Céphalotripsie. Paris 1836. — *Unger*, Perforatio et cephalotripsia collatae. Bonnae 1840. — *Ritgen*, Einige Worte über den Kopfzerscheller in der Gemeinsamen deutschen Zeitschrift für Geburtskunde. Band VI. (Weimar 1831.)

gleich des dazu erforderlichen Instruments ist *Baudelocque* [1]), den bereits im Jahre 1829 beide in einer der Académie des Sciences überreichten Abhandlung beschrieben, später aber noch verbessert hat. Es besteht sein Instrument aus einer höchst massiven ungefensterten Zange, welche mit einer mehr als sechszolligen Schraube und Kurbel am Ende der Griffe versehen ist, mittels welcher man im Stande ist nicht allein die Knochen des Schädelgewölbes, sondern auch die Basis cranii, welche der Entwickelung des Kopfs die grössten Hindernisse entgegensetzt, zu zertrümmern. Die beiden Branchen des Cephalothryptors haben eine so geringe Kopfkrümmung, dass man den Kopf der Frucht bis auf weniger als 2″ zusammendrücken kann, wobei das Gehirn durch Augenhöhlen, Nase und Ohren heraustreten soll. Im Anfange hat das Instrument die Geburtshelfer nicht befriediget, und zwar einmal, weil es zu collossal war, und bei einem Gewicht von mindestens $5^1/_2$ Pfund und seiner beträchtlichen Länge in einem geburtshülflichen Bindezeug nicht gut zu placiren war, und sodann, weil es dem angeblichen Zwecke die Perforation unnöthig zu machen nicht vollständig entsprach, da die Kopfknochen in vielen Fällen nicht zertrümmert wurden, auch das Gehirn nicht immer nach aussen gelangte, der Kopf aber, wenn er in einer Richtung zusammengepresst wurde, sich in der entgegengesetzten um ebenso viel vergrösserte. Da nun endlich auch der Cephalothryptor nach der Compression des Kindeskopfs häufig nicht zur Extraction desselben taugte, sondern abglitt, wie es *J. v. Holst* [2]) begegnete und wie es *Hohl* [3]) zu befürchten hatte, so fehlte nicht viel, dass Ope-

---

S. 200. — *Bernh. Mich. Braubach*, Diss. de cephalotripsia ac mutationibus, quas nonnulli et nuperrime Schöller in instrumento Baudelocqueano instituerunt adjecta historia partus cephalotriptore perfecta. Berol. 1843. 4. Acced. tab. — *Trefurt*, Abhandlungen und Erfahrungen u. s. w. Göttingen 1844. — *Carl Hennig*, Perforation u. Cephalothrypsie gegen einander gehalten. Leipz. 1855. 8.

1) Bulletin des sciences médicales par *Ferrussac*. Paris 1828. Aug. — *F. L. v. Froriep*, Notizen aus dem Gebiete der Natur- und Heilkunde. Bd. XLVII. Weimar 1836. 4. S. 25.

2) Monatsschrift f. Geburtskunde. Bd. I. Berlin 1853. 8. S. 3.

3) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XX. Berlin 1846. Heft 3. S. 361.

ration und Instrument als seinem Zwecke nicht entsprechend wieder in Vergessenheit gerathen wäre. — War nun auch r. *Holst's* Kranke ebenso, wie *Hohl's* Wöchnerin kurze Zeit nach dieser Operation gestorben, so liess sich doch nicht leugnen, dass *Baudelocque* die Bahn gebrochen und die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer auf diesen Punkt hingelenkt hatte, kurz von vielen Seiten bemühete man sich das Dargebotene zu vervollkommnen und die erste Idee zu verwirklichen.

Zuerst hatte *Assalini* ausser seinem Trepan-Perforatorium noch eine neue Zange angegeben, die er Conquassator capitis nannte, und welche die Bestimmung hatte, nach der Perforation die Basis cranii zu zerbrechen; allein die den Druck ausübende Schraube war in dem Griffe des nicht gekreuzten Instrumentes befindlich und da nach geübtem Drucke das Instrument abgleitete, konnte es nicht zur Extraction dienen. — Nach *Baudelocque* gab nun zunächst *Ritgen*[1]) einen Kopfzerscheller an, welcher ganz auf *B's.* Grundsätzen beruhete und ebenfalls in einer massiven ungefensterten Zange von eisernen, nicht mit Holz belegten Griffen besteht, fast ohne Kopfkrümmung mit an den Griffen angebrachter Kurbel und weiteren Schraube versehen ist. *Ritgen* war von der Idee ausgegangen, jede Geburtszange mit einer solchen Vorrichtung zu versehen und das Instrument eben so gut als gewöhnliche Zange zu brauchen, worauf wir, da es viel zu schwer ist, keinen Werth legen. — Demnächst brachte nun *Busch*[2]) einige wesentliche Verbesserungen, namentlich eine entsprechende Beckenkrümmung und ein besseres Schloss an *Baudelocque's* Instrumente an, und nach ihm *Kilian.*[3]) Letzterer verstärkte die Beckenkrümmung etwas, brachte anstatt der unbequemen Schlossschraube das verstärkte Schloss seiner Zange an, fügte zur Seite der Griffe zwei das Schliessen des Instrumentes befördernde kurze Hebelarme hinzu und

1) Gemeinsame deutsche Zeitschrift f. Geburtskunde. Bd. VI. Heft 2. (1831.) S. 200.

2) S. dessen Atlas geburtshülflicher Abbildungen mit Bezugnahme auf sein Lehrbuch der Geburtskunde. Berlin 1841. S. 131.

3) Organ für die gesammte Heilkunde. Herausgegeben von der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkund Bd. II. Heft 2. Bonn 1842. 8.

brachte die Kurbelbewegungen so an, dass die Schraube mit dem Instrumente nicht mehr einen rechten Winkel bildete, sondern dass sie über die Vorderfläche des Instrumentes hinweg von einer Seite zur andern gehen. — Namentlich haben nun seit dem Jahre 1844 sich nach neuen Erfahrungen zahlreiche Stimmen zu Gunsten des von *Baudelocque* sogenannten Cephalotribe vernehmen lassen. *J. H. Ch. Trefurt*[1]) bezeichnet als Vorzüge desselben 1) dass mit der grösstmöglichen Sicherheit die Kopfknochen einwärts gebogen und der Kopf vortheilhaft zugespitzt wird; 2) dass sich die Verkleinerung des Kopfs in sehr kurzer Zeit bewirken lässt; 2) dass die Kopfschwarte fast immer unverletzt bleibt und keine Knochensplitter, welche die Gebärende verletzen könnten, nach aussen dringen und dass sich 4) der verkleinerte Kopf zugleich mit der Compressionszange leicht und gut ausziehen lässt. — *Tr.* wiederlegt darauf alle gegen die Cephalothrypsie gemachten Einwürfe, indem er für das Instrument folgende Aufgaben stellt: 1) Es soll so eingerichtet sein, dass es bequem in jedem geburtshülflichen Besteck Platz findet, wozu sich Zangen von 19—20″ Zoll Länge und die Kurbeln nicht gut eignen; 2) es muss den zertrümmerten Kopf behufs der Extraction fest halten; 3) ohne übermässig stark zu sein muss es die möglichst starke Druckkraft üben; 4) nicht zu complicirt und gut zu handhaben sein; 5) die Compression des Kopfs muss nicht zu viel Kraft erfordern. Als Schloss dient das verstärkte der *Busch*'schen Zange und die beiden ungefensterten Blätter sind am Rande mit einer erhabenen Leiste versehen und in der Mitte matt geschliffen. Nur einmal hat *Trefurt* für den erkrankten Freund Prof. *Ed. v. Siebold* in der Entbindungsanstalt zu Göttingen eine gelungene Anwendung davon gemacht.[2]) — *H. F. Nägele*[3]) nahm als unbestreitbar an, dass die Cephalothrypsie in vielen Fällen der früheren Perforationsweise substituirt werden könne, wenn auch *Baudelocque* in der Bestimmung der Gränzen, innerhalb welcher

1) Abhandlungen und Erfahrungen aus dem Gebiete der Geburtshülfe und der Weiberkrankheiten. Erste Dekade. Mit 3 Taf. Abbildungen. Göttingen 1844. 8.

2) Monatsschrift f. Geburtskunde. Bd. II. Berlin 1853. S. 229.

3) Lehrbuch der Geburtshülfe. II. Theil. Heidelberg 1845. 8.

sie mit Nutzen angewendet werden könne, zu weit gegangen sein sollte. — *Cazeaux*[1]) gab dem Instrumente ebenfalls eine bedeutende Beckenkrümmung, sodann im Schlosse einen grösseren Spielraum und versah die Innenfläche des obern Theils der Löffel mit Zähnen um das Abgleiten zu verhüten. —

Mit Hülfe seines Instrumentes hatte *Baudelocque* 14 Gebärende entbunden, von denen nur 2 starben, und zwar eine am 6. Tage nach der Entbindung an acuter Metritis und die andere nach zwei Monaten an chronischer Enteritis; in keinem Falle aber zeigte sich an den Genitalien etwas Krankhaftes. Wenn andere Geburtshelfer viel ungünstigere Resultate erhielten, so dürften sie weniger dem Instrumente, als vielmehr der zu sehr verspätigten Anwendung desselben zugeschrieben werden. — Unter den Bedingungen zur Operation nennen wir zuerst als diejenige, welche am allgemeinsten angenommen wird, den constatirten Tod des Fötus, obgleich hierin Einige, wie z. B. *Wilde* und der verstorbene *Nevermann*, zu denen sich auch *C. A. Tott* hinneigt[2]), anderer Meinung sind. *C. S. F. Credé*[3]) spricht sich darüber folgendermassen aus: Man darf, so lange es noch möglich ist, ein lebendes Kind zu erhalten, den Kaiserschnitt nicht scheuen; in Fällen dagegen, wo der Kaiserschnitt nicht ausgeführt werden kann, weil er von der Gebärenden oder den Angehörigen verweigert wird, muss man alles Mögliche zu ihrer Erhaltung thun und nicht erst zum Nachtheile der Mutter das Absterben des Kindes abwarten, — und diesen Grundsätzen ist *Credé* auch noch bis jetzt treu geblieben. — Bei einer Conjugata von weniger als $2\frac{1}{2}''$ ist die Perforation und Cephalothrypsie contraindicirt, weil es dann schwer hält noch das comprimirte Kind hindurchzuführen. — Weiter erfordert die Cephalothrypsie vor dem Beginnen eine ausreichende Erweiterung des Muttermundes, welche die Application des Instrumentes gestattet, und eine feste Stellung des gehörig gebildeten Kinderschädels

1) Aus der Gazette médicale de Paris in der Neuen Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XX. Heft 1. S. 137.

2) *Alex. Göschen*, Deutsche Klinik. Berlin 1850. Fol. No. 32.

3) Verhandlungen der geburtshülflichen Gesellschaft in Berlin. Bd. III. 1848. S. 57. — Neue Zeitschrift f. Geburtskunde. Bd. XXX. Berlin 1851. Heft 3. S. 346.

auf oder in dem Eingange des kleinen Beckens. — Indicirt ist die Cephalothrypsie in Fällen, wo der kleinste Durchmesser des Beckens noch $2^1/_4$—3″ hält, es aber nicht möglich ist mittels der Hand oder auch der Zange den Kopf zu entwickeln.

Sehr passend unternahm *Credé* jedesmal vor der Cephalothrypsie die Perforation, wodurch die Entleerung des Gehirns, die *Grenser*[1]) und *Aurèle Finizio*[2]) noch durch Wasserinjectionen in die bewirkte Oeffnung begünstigen, sehr erleichtert wird und dieses Verfahren wurde bald ziemlich allgemein geübt, z. B. von *Kiwisch*[3]), *Kieter*[4]), *Chailly-Honoré*[5]), *Lehmann*[6]), *J. H. Schmidt*[7]), *Busch*[8]), *Ed. v. Siebold*, *Trefurt*, *Hofmann*[9]), *Grenser*, *Vormann*[10]), *F. C. Fage*[11]) u. A. m. Endlich zeichnet *C. Sickel*[12]) noch aus den zusammengefassten Ereignissen mehrerer Gebäranstalten und geburtshülflichen Kliniken 13 Fälle aus, die stets nach vorausgeschickter Perforation unternommen wurden, und von denen 4 den Müttern den Tod brachten, was jedoch nicht auf Rechnung der Operation, sondern vielmehr der meistens sehr langen Geburtsdauer zu bringen war. — Bei der Vergleichung der Perforation mit der Cephalothrypsie giebt *Breit*[13]) letzterer den Vorzug; auch in der geburts-

1) Monatsschrift f. Geburtskunde. Bd. I. Berlin 1853. S. 235 und 306.

2) Annales d'obstétriques des maladies des femmes et des enfans. Paris 1843. Octb.

3) Prager Vierteljahrsschrift. Jahrgang VII. Bd. IV. Ergänzungsblatt 17. — 1850. 4.

4) Medicinische Zeitung Russlands 1850. No. 35.

5) Bulletin général de thér. méd. et chir. Tom. XXXIX. 1850. d. 15. Décb.

6) Presse méd. de Bruxelles. 1850. No. 34.

7) Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin. Jahrgg. I. Heft 3. 1850. S. 485.

8) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Band XXVIII. 1850. S. 65 u. 270. — Monatsschrift für Geburtsk. Bd. IV. 1854. S. 62.

9) Neue Zeitschrift f. Geburtskunde. Bd. XXVII. 1850. S. 165.

10) Preussische Vereinszeitung. Berlin 1855. Fol. No. 5.

11) Norsk for Lägevidenskaben. Vol. IX. p. 633.

12) *Schmidt's* Jahrbücher der Med. Bd. LXXXVIII. Leipzig 1855. S. 113.

13) *Roser's* und *Wunderlich's* Archiv für physiolog. Heilkunde. VII. 1848. 3.

hülflichen Gesellschaft in Berlin war man dieser Meinung, fand aber am vorzüglichsten die oben erwähnte Vereinigung beider Operationen.

Verbesserte Constructionen der Cephalothrybe haben noch *Kiwisch* und *Scanzoni* angegeben, Abänderungen *Schöller*, *Hüter* (Embryothlastes) *Langheinrich* [1]), *Breit*, *Nevermann*, *Mathieu*, *Luër* und *Braun*. Während man so fast auf dem ganzen Continente *Baudelocque's* Cephalothryptor würdigte, sprach sich in Belgien i. J. 1843 *van Huevel* [2]) entschieden gegen denselben aus, was die Folge hatte, dass dort die Operation nicht recht Eingang fand; doch war die Idee der Verkleinerung des Kindeskopfs nicht ganz ohne Einfluss geblieben und hatte *van Huevel* selbst veranlasst, zu diesem Zwecke ein neues Instrument anzugeben, nämlich seine Sägezange. Gegen dieses Instrument erhob sich *Didot de Liége* [3]), welcher ebenfalls ein Instrument erfand, das er Diatrypteur nannte und das noch anwendbar sein sollte, wo jenes (z. B. bei sehr engem Becken und hohem Kopfstande) nicht ausreichte. Der Schilderung nach besteht der Diatrypteur aus der Vereinigung eines stumpfen scheerenförmigen Perforatoriums und einer Knochenzange, dürfte also wieder alle Inconvenienzen der Perforation mit sich bringen. Ueber diese Angelegenheit erhob sich in der Academie zu Brüssel ein lebhafter Streit [4]), der damit endete, dass *Seutin* den annehmbaren Vorschlag machte, man wolle mit allen drei Instrumenten erforderlichen Falles operiren, demnach die Erfahrung entscheiden lassen und das Ergebniss später veröffentlichen, was wir zu erwarten haben.

Mittlerweile machte *F. Weber* [5]) nach mancherlei vergeblichen Bemühungen einen sehr umfangreichen Wasserkopf mittels der Geburtszange zu entwickeln den Versuch seinen Zweck durch die Wendung und Extraction an den Füssen zu erreichen, was bis zum Halse gelang; die Ausschliessung des

1) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XV. Heft 1. 1843. 8. S. 110.

2) Mémoire etc. sur le forceps scie. Bruxelles 1843.

3) Bulletin de l'Acad. de Méd. de Belge. Tom. VIII. Vol. X. 1849.

4) Presse méd. de Bruxelles. 1850.

5) Wiener medicinisches Wochenblatt. 1855. No. 44.

Kopfs erreichte er aber erst, nachdem er denselben mit Hülfe von *Scanzoni's* Cephalothriptor zu einer langen Wurst umgeformt und die Kopfknochen zertrümmert hatte. — Ungeachtet nun von so vielen Seiten die guten Wirkungen der Cephalothrypsie unter mancherlei höchst kritischen Umständen in der Geburtshülfe anerkannt worden sind, giebt es doch noch manche Gegner derselben namentlich aus theoretischen Gründen; unter diesen nennen wir zunächst *Stein*[1]) und nächst ihm *Stersens*[2]), welcher letztere noch immer der Perforation den Vorzug giebt. Der jüngste Gegner endlich ist *C. Hennig*[3]), der, wie wir wissen, nur aus Versuchen urtheilte, die an Kinderleichen mit einem höchst unbrauchbaren Instrumente gemacht worden waren, und jetzt wohl bereits anderer Meinung sein dürfte. — Noch ist ein Vorschlag gemacht worden, durch welchen, wenn er sich bewährt hätte, vielleicht die Cephalothrypsie hätte überflüssig gemacht werden können; nämlich des bei der Perforation erwähnten *Ant. Melzer's* Basiocaesura. Sein Basiocaestrum ist ein pfeilähnliches Instrument, welches vorsichtig durch die Schädelhöhle dringen, die Basis des Schädels durchdringen und nach überwältigtem Widerstande den Kopf in der Richtung der Beckenachse durch die zu enge Stelle des Beckens herausschrauben soll.

4) Die Embryotomie[4]), Embryulcie oder weniger

---

1) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XVI. Heft 3. Berlin 1844. 8. S. 320.

2) Archives générales de Médecine. Paris 1847. Janvier.

3) Perforation und Cephalothrypsie gegen einander gehalten. Leipzig 1855. 8.

4) Literatur. S. *Chemnitzius* (Praes. *Krausio*), Dissert. de extractione foetus mortui ex utero materno. Jenae 1677. 4. — *J. H. Slevogt*, De embryulcia Hippocratis. Jenae 1709. 4. — *Corn. Tricen* (Praes. *Bernh. Albin*), Diss. de partu difficili et methodo extrahendi foetum mortuum. Lugd. Bat. 1710. 4. — *J. G. Pannach* (Praes. *M. Alberti*), Diss. de foetus mortui cum adnexis secundinis ex utero extractione. Halae 1737. 4. — *J. D. Mittelhäuser*, Praktische Abhandlung vom Accouchiren, in welcher die Instrumente, die dabei zu gebrauchen sind, nebst der Art und Weise, wie sie bei verschiedenen schweren Geburten sind angewendet worden, sammt anderen sonderbaren Zufällen schwangerer und kreissender Frauen u. s. w. Leipzig 1758. 8. — *J. A. Deisch*, Diss. de usu cultrorum atque uncinorum scindentium eximio in

passend Zerstückelung des Kindes genannt, ist eine Operation, welche schon den Aerzten des grauen Alterthums bekannt war, wie daraus zu ersehen ist, dass schon *Hippocrates* und *Celsus* davon gehandelt haben. Zu allen Zeiten ist wohl diese traurige Operation nur in Fällen falscher Kindeslagen (namentlich beim Vorliegen einer Schulter oder eines Arms) nach Verabsäumung rechtzeitiger Kunsthülfe vorgekommen, wenn nach längst abgeflossenem Fruchtwasser das falsch gelagerte Kind so fest von der Gebärmutter umschnürt war, dass alle Versuche eine Wendung des Kindes zu Stande zu bringen vergeblich bleiben mussten. Um in solchen traurigen Fällen die Beendigung der Entbindung zu ermöglichen und wenigstens der Mutter noch das Leben zu erhalten, sahen sich die Aerzte genöthiget, durch Exenteration das abgestorbene

---

partu praeternaturali, nec versione foetus, nec applicatione forcipis Anglicanae vel Levreti terminando etc. Suobaci 1759. 4. — *Winslow*, An ad servandam matrem obstetricium hamatile minus anceps et aeque insons, quam ad servandum cum matre foetum Sectio Caesarea. Parisiis 1764. — *Claud. Hil. Laurent*, Dissert. med. de usu et abusu instrumentorum in arte obstetricia. Argentorati 1774. 4. — *John Hull*, Observations etc. with a Defence of the Caesarean operation, a Description of the female pelvis, an examination of Dr. *Osborn's* opinion relative to Embryulcia and an Account of the method of delivery by Embryotomia. Manchester (ohne Jahreszahl, ungefähr 1786.) 8. — *F. W. Berger*, Diss. inaug. Ad theoriam de foetus generatione Analecta. — Praemissa est rara embryulciae casus brevis historia. (Praes. *Eschenbachio*). Lipsiae 1818. 4. — *J. F. W. Röding*, Caedes infantuli in utero materno. Diss. Hamburgi 1823. 8. — *J. Capuron*, De l'accouchement lorsque le bras de l'enfant se présente et sort le premier. Dissertat. où l'on discute les raisons pour et contre la mutilation de ce membre et où l'on prouve qu'elle n'est jamais nécessaire mais toujours contraire aux principes de l'art. Paris 1828. 8. — *F. M. Leroux*, Responsabilité médicale. Troisième lettre à l'Académie royale de médecine concernant une question chirurgico-légale; documens relatifs à l'accouchement avec sortie des bras. Paris 1829. 8. — — Petit Essay d'une petite lettre provinciale philosophico-médicale; par *F. M. Leroux*. Paris 1829. 8. — *A. N. Gendrin*, Consultation médico-légale sur les faits relatifs à un accouchement terminé par la mutilation de l'enfant. Paris 1829. 8. — *Aurelio Finizio*, Del sego-cefalatono. Napoli 1855. 8.

Kind zu verkleinern, wie es ja auch bei der bereits besprochenen Perforation des Kindeskopfs geschieht, die streng genommen eigentlich ebenfalls hierher gehört, oder im Nothfall einen vorgefallenen und dick angeschwollenen Arm, wenn er der Wendung ein nicht zu beseitigendes Hinderniss entgegensetzte, abzunehmen. Da nun aber bei den achtungswerthen Fortschritten der Geburtshülfe in neuerer Zeit und bei sorgsamer Leitung der Geburten in den Gebäranstalten solchen Fällen häufig vorgebeugt wurde und sie seltener vorkamen, so geschah es endlich, dass die Embryotomie als ein Ueberbleibsel der Rohheit aus früherer Zeit betrachtet wurde, ja manche Geburtshelfer solche Entbindungen aus einer Art falscher Scham geflissentlich verschwiegen, auch wohl gar Collegen, welche sich zu solchen Operationen durch die grösste Noth gedrungen sahen, schonungslos beurtheilten oder sogar verurtheilten. Nun ist es zwar wahr, dass die neuere Zeit uns im Gebiete der Wendung etwas weiter gebracht hat und zwar dadurch *a)* dass wir den Vorgang der Selbstentwickelung und Selbstwendung kennen lernten, auf welche jedoch niemals mit Zuversicht zu rechnen ist; *b)* dass wir in manchen Fällen den Vorgang dabei nachahmen, was bei vorliegendem Arme durch das Herabführen des Steisses neben der Schulter geschieht, aber bekanntlich nur bei weitem Becken und kleinen Kindern gelingt; und *c)* dass wir in der innerlichen und äusserlichen Anwendung narkotischer Medicamente, warmen Bädern und im Anästhesiren Mittel kennen gelernt haben, welche in manchen Fällen die Contractionen der Gebärmutter in einem Grade schwächen, dass noch zuweilen die Wendung ausführbar wird. Dessen ungeachtet unterliegt es keinem Zweifel mehr, dass dennoch nicht selten Fälle vorgekommen sind, wo Geburtshelfer sich genöthiget sahen, als einzig übrig bleibendes Rettungsmittel für die Gebärende zur Embryotomie zu schreiten, wie aus manchen Beobachtungen z. B. von *G. G. Detharding* [1]) in Rostock, Sanitätsrath *J. G. Oberteufer* [2]) (5 Fälle, von

---

1) *J. Ch. Stark's* Archiv für die Geburtshülfe u. s. w. Bd. III. St. 4. Jena 1791. 8. S. 605.

2) Desselben neues Archiv u. s. w. Bd. 2. St. 3. Jena 1801. 8. S. 437, 440, 446, 451 und 454.

denen drei für die Mütter tödtlich wurden), *Samel*[1]) in Canitz im J. 1828 (mit Erhaltung der Mutter), *Velten*[2]) in Bonn (ebenfalls mit glücklichem Ausgange für die Mutter 1827), u. A. m. hervorgehet und in der Ueberzeugung der alleinigen Hülfe auf diesem Wege giebt auch *Rob. Lee*[3]) den Rath, bei vorliegenden Gliedmassen, wenn die Wendung nicht gelingt, die Zerstückelung der Frucht vorzunehmen.

Unter diesen Umständen, wo die Embryotomie schon gewissermassen missachtet war und selbst die Lehrer der Geburtshülfe sie gar zu gern aus der Reihe der geburtshülflichen Operationen gestrichen hätten, warf sich *Ed. Oehler*[4]), ein durch Erfahrung belehrter Practiker muthvoll zum Vertheidiger dieser unverdient in Misscredit gekommenen Operation auf; und mit erleichtertem Herzen berichteten nun zahlreiche Geburtshelfer gleiche Erfahrungen und als bald nachher Bekenntnisse geübter Embryotomie von Männern, die wir als Koryphäen in unserer Wissenschaft zu betrachten haben, veröffentlicht wurden, wie z. B. von *Busch*[5]), *Kilian*[6]), *Grenser*[7]), zu denen wir ausserdem des Letzteren Vorgänger *Fr. Haase*[8]) und *Hoffmann* in Würzburg[9]) hinzufügen, wird sie unbestritten als unvermeidliche Operation anerkannt, obschon die deutschen Geburtshelfer sich insgesammt die Aufgabe gestellt haben, dieselbe zur Ehre der Kunst möglichst selten zu üben. *Angelo Barbieri*[10]) sah sich in 2 Fällen

1) v. *Siebold's* Journal für Geburtshülfe u. s. w. Bd. IX. St. 3. Frankfurt a. M. 1830. 8. S. 658.

2) Gemeinsame deutsche Zeitschr. für Geburtskunde. Bd. VI. Heft 1. Weimar 1831. 8. S. 155.

3) The Edinburgh medical and surgical Journal. No. XCV. 1828. April.

4) Gemeinsame deutsche Zeitschr. für Geburtskunde. Bd. III. Berlin 1836. 8. 2. Heft. S. 161.

5) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XXVIII. Heft 2. Berlin 1850. S. 271 u. Monatsschr. für Geburtsk. Bd. IV. S. 280.

6) v. *Siebold's* Journ. für Geburtshülfe u. s. w. Bd. XV. St. 1. Frankfurt a. M. 1836. S. 211.

7) Monatsschr. für Geburtsk. Bd. I. Berlin 1853. 8. S. 144.

8) Neue Zeitschr. für Geburtsk. Bd. XI. Berlin 1842. 2. Hft. S. 262.

9) Ebendaselbst. Bd. XX. Heft 2. 1846. S. 204.

10) Gazzeta medica ital. foeder. di Lombardia. 4. 1851.

nöthiger Wendung, wo aber die Rechtlegung des Kindes krampfhafter Uterincontractionen wegen nicht möglich war, zur Uebung der Embryotomie genöthiget; Prof. *Levy* [1]) sah sich in einem Falle von Nierendegeneration des Fötus gedrungen, nachdem schon verschiedene Geburtshelfer vergebliche Wendungsversuche gemacht hatten, den Körper zu zerstückeln; *Busch* [2]) musste sie wegen Eclampsie der Gebärenden unternehmen und *Shekelton* [3]) musste wegen einer die Wendung und Extraction behindernden grossen Beckengeschwulst nach vorausgeschickter Perforation den vorliegenden linken Arm nebst Schulterblatt auslösen, die Rippen und Brusteingeweide entfernen und die Wirbelsäule zerstückeln.

Unter allen denen, welche sonst noch die Embryotomie zulässig und unvermeidlich erachteten, wie *J. Bapt. Kyll* [4]), *E. Reinfeldt* [5]), *G. A. Michaelis* in Kiel [6]), *Schwarz* in Fulda [7]), *Burger* in Bamberg [8]), *Richard Doherty* [9]), *J. G. Swaine* [10]), *H. F. Nägele* [11]), *V. Heyerdahl* [12]) u. A. m. herrschen immer noch in Beziehung auf die Indicationen und auf die Art und Weise der Ausführung dieser Operation sehr verschiedene Ansichten, deren wir einige wenigstens oberflächlich zu besprechen für nöthig erachten. Mehrere Geburtshelfer wollten nur die Eröffnung und Entleerung der Brust- und Bauchhöhle (so wie bei der Perforation der Schädelhöhle) zulässig finden, tadelten dagegen jede andere Verstümmelung des kindlichen Körpers; da aber in den häufigsten Fällen die

1) Aus Bibliothek for Läger in *Günsburg's* Zeitschrift für klinische Medicin. VII. 1856. S. 420.

2) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. IV. 1854. S. 280.

3) Aus Edinburgh medical and surgical Journal 1853 in Archives générales de Médecine. Paris 1853. Juin. p. 732 u. Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. II. Berlin 1853. S. 311.

4) Neue Zeitschrift für Geburtsk. Bd. V. Hft. 1. 1837. S. 26.

5) Ebendaselbst. Bd. V. Heft 3. S. 338.

6) Ebendaselbst. Bd. VI. Heft 1. 1838. S. 50.

7) Ebendaselbst. Bd. VI. Heft 3. S. 370.

8) Ebendaselbst. Bd. IV. Heft 1. 1836. S. 129.

9) Dublin Journal of medical science. 1842. March.

10) Association medical Journal edited by *J. Cormack*. 1855. Octobre.

11) Lehrbuch der Geburtshülfe. II. Thl. Mainz 1845. 8. Kap. 5.

12) Norsk Magazin for Lägervidenskaben. Tom. IX. p. 289.

Embryotomie durch versäumte Wendungen bei vorliegender eingeklemmter Schulter und in der Mutterscheide liegendem stark geschwollenem Arme veranlasst wurde, sah man sich gemeinlich in die Nothwendigkeit versetzt, den vorliegenden Arm zu entfernen, um nur die Exenteration zu ermöglichen, was auch *Michaelis*, *Schwarz*, *Doherty*, wir selbst und noch viele andere Geburtshelfer (und zwar dann häufig ohne Exenteration) ausgeführt haben. Auch will es uns unräthlich erscheinen bei einmal nöthiger Verkleinerung der todten Frucht den Operateur in Anwendung der Mittel zu beschränken; er helfe sich so gut er es mit möglichster Schonung der Gebärenden vermag, da zumal an dem Kinde nichts mehr zu retten und zu erhalten ist. Gewiss hat *Oehler* recht, wenn er behauptet, die Brachiotomie sei oft weniger zu entbehren, als die Exenteration und gleicher Meinung sind auch *Leroux*[1]), *Samel*, *Velten*, *R. Lee*, *Bodenstab*[2]) u. A. m. — Wenn nun *Michaelis* auf der einen Seite die Auslösung des Arms zulässig, die Decapitation oder Decollation dagegen auf der andern Seite nicht statthaft finden will, (obgleich schon Mad. *Lachapelle*, *Schweighäuser*, *Baudelocque* d. J. u. A. m. sie in Schutz genommen hatten), so pflichten wir ihm auch darin nicht bei (obgleich wir uns noch niemals dazu veranlasst sahen), weil sie doch einmal in irgend einem Falle als möglich gedacht werden kann, da ja *Michaelis*[3]) selbst sich einmal zum Durchschneiden der Wirbelsäule eines noch ungebornen Kindes genöthiget gesehen hat. Gleicher Ansicht ist *Kyll*; *Reinfeld* nennt dieses Verbot eine unzeitige Sentimentalität; *Feigneaux*[4]) berichtet, dass man in der ersten Hälfte des Jahres 1849 in der Maternité zu Brüssel sechsmal die Zangensäge (Forceps-scie) mit günstigem Erfolge in Anwendung gebracht habe; *Swaine* vertheidiget ebenfalls die Trennung der Wirbelsäule; *Heyerdahl* schlug vor, die Wirbelsäule mittels einer stark gedreheten Hanfschnure zu durchsägen, nachdem man dieselbe um den Hals geführt hat, ein Vor-

1) Petit-Essay d'une petite lettre provinciale philosophico-médicale. Paris 1828. 8.

2) Neue Zeitschr. für Geburtsk. Bd. X. Heft 2. 1841. S. 224.

3) Neue Zeitschr. für Geburtsk. Bd. VI. Heft 1. 1838. S. 60.

4) Journal de Médecine de Bruxelles. 1849. Août.

schlag, den Dr. *Kierulf* mit einem vierfachen Faden auch wirklich sehr rasch in's Werk setzte; *F. C. Faye*[1]) gab eine nach *van Huevel's* Principe construirte Zangensäge an; *van Huevel*[2]) erzählt drei Fälle von Anwendung seiner Zangensäge, die nur in einem Falle für die Mutter ungünstig endete; endlich erfand *Aurelio Finizio*[3]) ein Instrument, das er Sego-cefalotomo nannte, und mit dem er selbst den ganzen Kindeskopf zu theilen vermochte.

Zu jeder Zeit haben aber die deutschen Geburtshelfer sich enthalten, so lange noch die Auscultation oder ein anderes Zeichen das bestehende Leben des Kindes nachweiset, Versuche mit der Zerstückelung des Kindes zu machen, wie es z. B. dem Dr. *Hélie* in Londry-Patry im Bezirk Domfront begegnete, welcher einem querliegenden Kinde den rechten Arm im Schulter- und den linken im Ellenbogengelenk abnahm und es dann noch lebend geboren werden sah, woraus ein trauriger, viel besprochener Process entsprang. Ebenso verdammen wir *Gendrin*[4]), wenn er im Nothfalle selbst die Verstümmelung des lebenden Kindes gestatten will; *van Huevel*[5]), welcher in der That seinen Forceps-scie bei einem lebenden Kinde in Anwendung brachte; und *Davis*[6]), welcher sich in ganz gleicher Ansicht wie *Gendrin* ausspricht. — Nachträglich bemerken wir noch, dass Prof. *Breit* in Tübingen als grösste Seltenheit aus seinen im Wiener Gebärhause gesammelten Erfahrungen in der Kürze vier Fälle von Embryotomie innerhalb des mütterlichen Beckens mittheilt, in welchen

---

1) Norsk Magazin etc. Tom. IX. p. 361.

2) Presse médicale Belge 1853. Juin.

3) Del Sego-Cefalotomo, instrumento col quale puo assolversi qualunque parto laborioso ne'casi di gravi angustie delle ossa del bacino senza che la donna risentir ne potesse il minimo inconveniente. Napoli 1855. 8.

4) Journal général de Méd. Tom. CVII. p. 356. — *Gerson* und *Julius*, Magaz. der ausländischen Literatur. Hamburg 1831 Bd. XXI. 8. 163.

5) Journal des connaissances médicales pratiques. Paris 1849. p. 144.

6) Anatomie, Embryotomie etc. in Ejusd. Elemens of operative midwifery. London 1825. p. 285.

aber die Mütter erhalten blieben. — Wenn aber *Osborn*[1]) die Behauptung ausspricht, dass von 100 durch die Embryotomie entbundenen Frauen nur etwa 4 oder 5 verloren gingen, so ist dies auch nicht in Wahrheit begründet, da Fälle von darnach verstorbenen Frauen von *Osborn* selbst, *Clarke, Oberteufer, Burger, Busch, Haase, Kyll, Michaelis, Reinfeld, Grenser, van Hüvel, Lumpe*[2]) und von uns selbst veröffentlicht worden sind.

Angezeigt ist die Embryotomie 1) in Fällen von Querlage, wo, wie es namentlich bei verspäteter Hülfe in Arm- und Schulterlagen geschieht, keine Möglichkeit mehr vorhanden ist, dem Kinde durch die Wendung eine für den Durchgang durch den Geburtskanal günstigere Lage und Stellung zu geben, und dies auch nur, wenn man sich von dem bereits erfolgten Tode des Kindes überzeugt hat, auch das Becken noch den Raum darbietet das möglichst verkleinerte Kind hindurchzuführen, also das Becken in seinem kleinsten Durchmesser wenigstens noch $2^1/_4$ Zoll hält, weil ausserdem die Extraction des Kindes noch so schwierig ist, dass wenig Hoffnung bleibt die Mutter zu erhalten; (es geht daraus zugleich die Warnung für den Geburtshelfer hervor, die Indication zur Embryotomie nicht mit der zum Kaiserschnitte zu verwechseln); 2) in Fällen vom Tode der Frucht, wo man die Gebärende ohne wenigstens das Kind zu retten, nicht der Gefahr des Kaiserschnittes aussetzen will, und wo bei Kopflagen entweder die Perforation des Kopfs vorausgegangen ist, oder der Embryotomie folgen muss; (sollte jedoch dabei die Enge des Beckens so gross sein, dass man die scharfen Verkleinerungsinstrumente nicht mehr mit Sicherheit anwenden kann, so ist auch selbst noch bei todten Kindern der Kaiserschnitt zu unternehmen); 3) bei krankhaften Affectionen der Gebärmutter und der Mutterscheide, z. B. Stricturen, gegen welche alle sich sonst wirksam zeigenden Mittel, wie Bäder, Blutentzie-

1) Essais on the practice of midwifery in natural and difficult labours. London 1792. 8. — Dessen Versuche über die Geburtshülfe u. s. w. Aus dem Englischen von *Michaelis*. Liegnitz 1794. 8. S. 289.

2) Embryulcie nach gemachter Decapitation in d. Oesterr. Wochenschrift 1842. 8. S. 55 u. f.

hungen, krampfstillende, erschlaffende, anästhesirende Mittel u. drgl. m. ohne Erfolg versucht worden sind, die Gebärende aber unmöglich längere Entbindungsversuche zu ertragen vermag; und endlich 4) bei missgebildeten Kindern, die gewöhnlich Monstra per excessum oder mit einander verwachsene Kinder sind; so z. B. theilt *Gosselin* [1]) einen Fall mit, wo *Huron* diese Operation bei einem an der Brust zusammengewachsenen Doppelkinde ausführte. —

Die Prognose ist bei der Embryotomie fast immer eine ungünstige, da gemeinlich die Gebärenden schon ehe sie unternommen wird, durch anhaltende heftige Geburtsschmerzen und erfolglose Wendungsversuche im hohen Grade erschöpft sind. — Specielle Vorschriften für die Ausführung derselben können füglich auch nicht gegeben werden, da die Lage der Dinge in jedem Falle eine besondere ist und sich selten etwas Constantes bei mehreren von ihnen vorfindet. Da dies am deutlichsten aus den Geburten der Doppelmissgeburten hervorgeht, so wollen wir einige derselben etwas näher betrachten. Ohne diejenigen Fälle von Doppelmissgeburten nochmals zu erwähnen, welche wir bereits an einem andern Orte [2]) besprochen haben, wollen wir daran erinnern, dass solche Entbindungen nicht immer ausserordentliche Schwierigkeiten dargeboten haben, ja die Kinder bisweilen durch die Naturkräfte allein und selbst lebend (wie die Siamesischen Zwillinge und Ritta-Christine) zur Welt gekommen sind. Dergleichen Beispiele hat auch die neuere Zeit aufzuweisen, wie wir zunächst durch die nicht allein lebend gebornen, sondern auch einige Zeit am Leben erhaltenen in Prunay in Frankreich gebornen Nabelzwillinge, von welchen uns Dr. *Roberton* [3]) Kunde giebt, beweisen wollen. In diesem Falle hatten die beiden in der Beckengegend verschmolzenen Mädchen nur einen Nabel, während beide Köpfe sich nach oben und unten (jeder mit 2 obern Extremitäten) gegenüber-

1) Revue médicale française et étrangère. Paris 1847. Mai.

2) Forschungen des 19. Jahrhunderts im Gebiete der Geburtshülfe u. s. w. Bd. III. 1825. 8. S. 70 u. Bd. VI. 1833. 8. 93. — Vergl. *C. J. Wolfart*, Diss. de foetu monstroso duplici. Marburgi 1725. 4.

3) v. *Froriep's* Neue Notizen im Gebiete der Natur- und Heilkunde. Bd. IX. St. 1. 1839. 4. S. 1.

ständen, und die untere Körperhälfte mit vollkommen ausgebildeten Füssen zu beiden Seiten abgingen. — *A. Retzius* [1]) theilt einen andern Fall von einer Doppelmissgeburt mit, zwei Mädchen mit zwei Köpfen, 4 oberen Extremitäten, doppelter Brusthöhle mit 2 besonderen Herzen, einfachem Nabel und Magen und 3 unteren Extremitäten, von denen eine aus zweien zusammengeschmolzen war und 10 gegeneinanderstehende Zehen hatte. After und weibliche Geschlechtstheile waren doppelt vorhanden und die Mutter, eine 26jähr. Bäuerin, hatte sie lebend geboren. — *Angelo Bonini* [2]) beschreibt ein ähnliches weibliches Doppelkind, welches während der Geburt das Leben verloren hatte; es zeigte 2 Köpfe, 2 Hälse, einen einfachen Thorax mit doppelter Wirbelsäule und 2 Arme, jedoch wieder eine doppelte Bauchhöhle und 4 vollkommene untere Extremitäten; einen am Ende doppelten Nabelstrang und doppelten After und weiblichen Geschlechtsapparat. Beide Köpfe wurden schnell nach einander geboren. — *C. F. Hochstetter* [3]) war gegenwärtig bei der Geburt einer ähnlichen weiblichen verwachsenen Doppelgeburt. Bei der Entbindung fand er 2 rechte untere Extremitäten vor der Mutterscheide, eine linke in derselben; da sich von ersteren keine zurückbringen liess, versuchte er die Extraction, wobei der 4. Fuss zum Vorschein kam. Die 4 Arme wurden mit Mühe gelöst, worauf unter heftigen Wehen durch die Naturkräfte der 26jährigen ledigen Mutter allein beide Köpfe ausgeschlossen wurden. Die wohlgebildeten Kinder waren in der Lumbargegend allein in einer Strecke von $3\frac{1}{2}''$ verwachsen, der Unterleib war mit einer gemeinschaftlichen Bauchdecke umschlossen, zu welcher eine einfache dicke 12″ lange Nabel-

---

1) Hygiea, medic. och pharmac. Mön. Skrift Tom. XIII, übersetzt in der Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. II. St. 2. Berlin 1853. S. 39. — Vergl. *A. J. D. Sigwart*, Historia gemellorum coalitorum monstrosa pulchritudine spectabilium. Tubingae 1769. 4. Cum tab.

2) *Omodei* Annali universali di Medicina. 1834. Luglio ed Agosto.

3) Würtembergisches medicinisches Correspondenzblatt. 1834. Band IV. No. 4.

schnur verlief. — *Jos. Pies*[1]) in Mainz versuchte bei einer 39jährigen Frau, welche schon 4 Kinder, das letzte vor 7 Jahren, geboren hatte, die Wendung zu machen, ergriff einen Fuss, vermochte jedoch die Extraction nicht zu Stande zu bringen, bis nach und nach 4 untere Extremitäten zugleich mit einer Hand zum Vorschein gekommen waren. Jetzt die Verwachsung erkennend zog *P.* die gesammten Extremitäten kräftig an, worauf der Körper und nach gelösten Armen auch beide Köpfe gleich nach einander dem Zuge folgten. Die Kinder waren todt, vom untern Theile des Sternum's bis zu den Schambeinen verwachsen und deshalb das Geschlecht nicht zu bestimmen. An der Stelle der Bauchdecken war der Unterleib mit einer dünnen, durchsichtigen Haut umschlossen, die bei der Geburt zerriss. Ein Kind hatte Spina bifida lumbalis und (wie es häufig bei diesen Hemmungsbildungen der Fall ist) Klumpfüsse; Gesicht und Fusszehen waren dem Rücken zugekehrt, After und Geschlechtstheile fehlten. Bei dem andern Kinde entdeckte man an der Stelle der Geschlechtstheile eine kleine Warze. Das Wochenbette verlief für die Mutter überaus glücklich. — *H. Prieger*[2]) aus Elberfeld entband in Steinbuck eine Frau von 2 zusammengewachsenen Zwillingsmädchen. Nachdem das erste Kind mühsam zu Tage gefördert war, blieb es unbeweglich mit dem Leibe vor den mütterlichen Geschlechtstheilen liegen und jetzt erst ergab eine genaue Untersuchung, dass über dem Beckeneingange ein zweites Kind mit dem Leibe des ersten verwachsen war. Neben dem ersten Kinde brachte *P.* mit Mühe die Hand in die Gebärmutter und führte die Füsse des zweiten Kindes herab. Bei der nun bald beendigten Entbindung ergab sich, dass beide Kinder von der Brust bis zum Nabel verwachsen waren. Nabel, Nabelschnur und Mutterkuchen fanden sich einfach, dagegen 2 Köpfe, 2 Hälse, 4 Arme und 4 Beine. Die Kinder waren todt, die Mutter genas bald. — *A. Cuchet*[3]) entband eine Frau von 2 vollständig ausgebildeten Kindern,

1) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XV. St. 2. Berlin 1844. S. 283.

2) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Band. XXIX. Heft 1. Berlin 1851. S. 112.

3) Bulletin de Thérapeutique. 1843. Jan.

die blos durch das Brustbein fast wie die Siamesischen Brüder mit einander verbunden waren. — *Friedr. Claudi*[1]) berichtet ebenfalls die Geburt zweier mit einander verwachsener weiblicher Früchte; deren Durchgang durch das Becken dadurch erleichtert wurde, dass die Geburt im siebenten Monate der Schwangerschaft erfolgte. — Auch *Fiedler* und *Rath*[2]) leiteten die Geburt eines weiblichen Doppelkindes, dessen ersterer Kopf mittels der Geburtszange entwickelt wurde; als darauf der 2. Kopf in's kleine Becken herabgetreten war und die Geburt nicht weiter fortschritt, auch die Application der Zange an letzteren nicht gelang, trennten sie den Kopf vom Rumpfe, entwickelten den zweiten mit der Zange und überzeugten sich nun, dass es zwei vom Manubrium sterni bis zum Nabel verwachsene Mädchen waren, deren Extraction mit Hülfe des in das Medium der Verwachsung eingesetzten Hakens gelang. Sie waren 17″ lang, 15 Pfund schwer und der Durchmesser von einem Rücken zum andern hielt 7—8″. Die anfänglich sehr erschöpfte Mutter genas. — Dr. *Nies*[3]) in Fürth berichtet die Geburt eines zweiköpfigen Kindes. Nachdem der erste Kopf mit der Zange zu Tage gefördert war, überzeugte er sich von dem erfolgten Herabtreten eines zweiten Kopfs, der endlich nach anderthalbstündigen Harren durch kräftige Wehen durch das Becken gedrängt wurde und mit ihm zugleich ein am Hinterhaupte befindlicher grosser Hirnwasserbruch. Das Wochenbett verlief gut, und es konnte die Wöchnerin bereits nach 8 Tagen das Bette verlassen. — Endlich theilen noch *Inglio Reina* und *Giuseppe Ant. Galvagni*[4]) einen Fall von Geburt eines dreiköpfigen männlichen Fötus mit, der durch die Kunst todt zur Welt befördert wurde. Die Köpfe hatten die gewöhnliche Grösse und zwei derselben sassen auf einem gemeinschaftlichen dicken Halse. Der Rumpf war sehr dick; auf der breiteren rechten

1) Oesterr. medicin. Wochenschrift. Wien 1843. No. 8.

2) *E. v. Siebold's* Journal für Geburtshülfe u. s. w. Bd. XVII. St. 2. Frankf. a. M. 1840. S. 294.

3) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. I. Berlin 1853. S. 433.

4) Aus Atti dell' Academia gioenia di Scienze di Catania. Tom. VIII. Catania 1834. 4. in *v. Froriep's* Notizen No. 1035. Band XLVIII. No. 1. Weimar 1836. 4. März 4. S. 1.

Brusthälfte sassen 2, auf der linken schmäleren Hälfte dagegen nur 1 Brustwarze. Ausser den zwei natürlichen obern Extremitäten sass noch ein dritter Arm auf dem Rücken. Zwei Herzen waren vorhanden, nur ein Zwerchfell, ein sehr grosser Magen, einfaches Duodenum, hoch oben 3, weiter herab nur 2 Speiseröhren; After und Genitalien einfach.

5) Die Symphysiotomie oder der Schamfugenschnitt und die Pelviotomie oder Durchschneidung einzelner Beckentheile. Der Schamfugenschnitt[1]) ist neueren Ur-

1) Die bekannteren Monographien über diesen Gegenstand sind folgende: *J. B. Sigault*, An in partu contra naturam sectio symphyseos ossium pubis sectione Caesarea promptior et tutior? Andegov 1773. 4. — *A. Leroy*, Récherches sur la section de l'os pubis à Paris 1773. 8. — *Pet. Camper*, Diss. de emolumentis et optima methodo insitionis Variolarum; acced. Ejusd. epistola de emolumentis Sectionis Synchondroseos ossium pubis in partu difficili. Groning. 1774. 8. — *J. C. L. Schmidt*, Diss. de nuper proposita sectione synchondroseos ossium pubis. Giess. 1777. 8. — Récit de ce qui s'est passé à la Faculté de Méd. à Paris, au sujet de la section de la symphyse des os pubis, pratiquée sur la femme Souchot. Paris 1777. 8. — Id. Analyse de trois procès-verbaux, faits à l'occasion de l'opération de la symphyse sur la femme Vespres. Paris 1778. 8. — Id. Discours sur les avantages de la section de la symphyse dans les accouchemens laborieux et contre nature. Paris 1778. 8. — *H. Bamps*, Tractatus de anteponenda sectione Caesarea sectioni symphysium pubis. Genève et Paris 1778. 8. — *E. Bentely*, Diss. de sectione synchondroseos ossium pubis. Argentorati 1779. 4. — *Jo. Pet. Brinckmann*, Bemerkungen über die neuerlich vorgeschlagene und an einer Kreissenden verrichtete Operation der Durchschneidung der Symphyse der Schambeine. Düsseldorf 1778. 8. — Examen des faits rélatifs à l'opération de la symphyse pratiquée à Arras etc. Arras 1778. 4. — *Guindant*, Ergo sectio symphyseos ossis pubis admittenda. Paris 1778. — *Jumelin*, Précis historique de ce qui a été fait pour et contre l'opération de la symphyse de pubis. Paris 1778. 8. — *J. V. Oswald*, Sendschreiben an Dr. *Aepli* über die Operation der Symphyse. Schafhausen 1778. 8. — *Piet*, Réflexions sur la section de la symphyse du pubis, à la Haye et Paris 1778. 4. — *B. J. Borchard* (Praes. *P. J. Hartmann*), Diss. de synchondrotomia in partu difficili rarissime utili. Traj. ad Viadr. 1778. 4. — *Retz*, Observations intéressantes en faveur de la section de symphyse des os pubis. Paris 1778. 8. — *Alph. le Roy*, Récherches historiques et pratiques sur la section de la symphyse du pubis, pratiquée pour suppléer à l'opération césarienne

sprunges und die Geschichte der Medicin erwähnt durchaus nichts davon aus der früheren Zeit. Erst in der zweiten

---

d. 2. Oct. 1777 sur la femme Souchot. Paris 1778. 8. — *J. Scheuring*, Diss. de sectione synchondroseos ossium pubis operatione chirurgica prima in Galliis a Dr. *Sigault* facta. Friburgi Brisgov. 1778. 8. — *J. C. L. Schmidt*, Diss. de sectione ossium pubis non instituenda. Giess. 1778. 4. — *J. P. Weidmann* (Praes. *Casp. de Siebold*), Comperatio inter sectionem Caesaream et dissectionem cartilaginis et ligamentorum pubis in partu ob pelvis angustiam impossibili, suscipiendas. Wirceburgi 1779. 4. — *J. L. Baudelocque*, An in partu propter angustiam pelvis impossibili symphysis ossium pubis secanda? Paris 1776. 4. — Séances publiques de l'Acad. roy. de Chirurgie, où l'on traite de diverses matières intéressantes et particulièrement de la section de la symphyse des os pubis. Paris 1779. 4. — *B. Guérard*, Exposé d'un cas, dans lequel la section de la symphyse des os pubis fut faite à Düsseldorf. Düsseldorf 1778. 8. A. dem Franz. übers. von *J. D. Beerstecher*. Düsseldorf 1779. 8. — *Roussel de Vauzesme*, De sectione ossium pubis admittenda. Paris 1778. 4. — *Just. Chr. Loder*, De synchondroseos ossium pubis sectione in partu difficili instituenda diatribe. Götting. 1778. 4. — *Leppentin's* Anmerkungen über die künstliche Trennung der Schambeine bei schweren Geburten. Hamburg 1778. 8. — *A. E. Gautier* (*d'Agoty*), Opération de la symphyse dans les accouchemens impossibles. Paris 1779. 8. — *Jaeger*, An in summo incunationis gradu praeferenda sit methodus Sigaultiana hactenus usitatae capitis perforationi vel et sectioni Caesareae? Tubingae 1779. 4. — *Jouritsma*, Diss. de sectione synchondroseos ossium pubis. Tranequer 1779. 4. — *C. E. Lauverjat*, Examen d'une brochure: Procés verbaux et réflexions à l'occasion de la section de la symphyse. Amsterdam 1779. 8. — *Le Vacher de la Feutrie*, Theses de sectione symphyseos ossium pubis. Paris 1779. 4. — *Will. Hunter's* Bemerkungen über die bei schweren Geburten empfohlene Zertheilung der Schambeine; nebst *J. Jumelin's* Abhandlung über eben diese Materie. Aus dem Franz. und Engl. übersetzt. Leipzig 1779. 8. — *Gamoilowiz*, Diss. de sectione symphyseos et partu Caesareo. Lugd. Batav. 1780. 4. — *Bellami*, Observation intéressante sur un accouchement etc. Paris 1780. — *J. Luc. Boër*, Bemerkungen über die an einer Gebärenden gepflogene ausserordentliche Entbindungsart, die Schambeintrennung betreffend. Wien 1780. 8. — *H. de Cambon*, Lettre à *Brambilla* sur trois opérations de la symphyse. Montpellier 1780. — *C. Faust*, Untersuchung des Werths der Trennung der Schambeine bei schweren Geburten. Gotha 1780. 8. — *J. F. Jrion* (Praes. *Jaeger*), Diss. Examen rationum, sectionem ossium pubis oppugnantium vel limitantium.

Hälfte des 18. Jahrhunderts (1768) machte *Sigault* der Académie de Chirurgie in Paris den Vorschlag, anstatt des

---

Tubing. 1780. — *K. v. Krapf*, Anatomische Versuche und Bemerkungen über die eingebildete Erweiterung der Beckenhöhle in natürlichen und angepriesene Durchschneidung des Schambeinknorpels in widernatürlichen Geburten. Wien 1780. 8. 2 Thle. — *Ch. L. Nebel*, Progr. de synchondrotomia. Giess. 1780. 4. — *G. Ph. Becker* (Praes. *F. Ph. de Oberkamp*), Diss. Ossium pubis synchondrotomia num prosit, num laedat? Heidelberg 1780. 4. — *Leroy*, Observations et réflexions sur l'opération de la symphyse, pratiquée sur la femme Vespres. Paris 1780. 8. — *H. v. Cambon*, Schreiben an Herrn *v. Bambrilla*, die Schambeintrennung betreffend. Aus dem Franz. von *J. L. Boër*. Wien 1781. 8. — *J. Petr. Michell* (Praes. *D. W. van Doeveren*), Diss. de synchondrotomiae pubis utilitate in partu difficili. Lugd. Bat. 1781. 4. Uebersetzt von *C. F. Ludwig*. Leipzig 1784. 8. — *Desgranges*, Réflexions sur la section de la symphyse des os pubis etc. Lyon 1781. — *Garcia*, Ueber die Trennung der Schambeine in schweren Geburten. Madrid 1781. — *B. Guérard*, Untersuchung und Lehre über den Durchschnitt der Schambeine. Zur Widerlegung der Bemerkungen *H. L. Boogers's* und Vertheidigung dieser Operation. Münster 1781. — *J. G. Herzog*, Etwas zur höheren Hebammenkunst, besonders die künstliche Trennung der Schambeine betreffend. Dresden 1781. — *J. P. Michell*, Commentarius de synchondrotomia. Amsterdam 1784. — *G. F. Zschichlinsky*, De sectione symphyseos ossium pubis. Jenae 1781. 4. — *J. G. Walter*, Von der Spaltung der Schambeine in schweren Geburten. Berlin 1782. 4. Mit Kupf. — *J. Chr. Damen*, Bericht von einer von ihm unternommenen Schambeintrennung und deren glücklichem Erfolge. Aus dem Holländ. Frankfurt und Leipzig 1785. 8. — *Michell*, Nadere opheldering over de Historie en het nut der Schaambeensnede in moeijlike verlossingen. Amsterdam 1782. 8. — Ders., Abhandlung über die Schambeintrennung. Leipzig 1784. 8. — *Walter*, Von der Spaltung der Schambeine u. s. w. Berlin 1783. — *Michell*, Commentarius de synchondrotomia pubis. Amsterdam 1783. 4. — *William Hunter*, Bemerkungen über die Durchschneidung der Knorpel der Schambeine. Aus dem Engl. von *J. St. Hausmann*. Göttingen 1783. Mit Kupf. — *William Osborn*, Essay on laborious parturition, in which the division of the symphysis pubis is particularly considered. London 1783. 8. — *C. F. Ludwig*, Ausführliche Abhandlung über die Schambeintrennung. Leipzig 1748. 8. — *Verdier du Clos*, Histoire d'une symphyseotomie pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. Paris 1787. — *Michell*, Dissert. de synchondrotomiae utilitate in partu. Lugd. Bat. 1787. — *A. Irmler*, Dissert. inaug. in synchondrotomiam

für die Mütter so häufig ungünstig endenden Kaiserschnittes sich lieber durch die Symphysiotomie die für die Geburt erforderliche grössere Räumlichkeit des Beckens zu verschaffen; ein Vorschlag, der anfangs vielfachem Widerspruche begegnete, sich aber wenige Jahre später, nachdem *Pet. Camper* durch mehrfache Experimente an Thieren sich von der Ausführbarkeit und erfolgten Heilung überzeugt und *Sigault* in Gegenwart seines Anhängers *Alph. Leroy* die erste Operation an Frau *Souchot* mit glücklichem Ausgange (am 1. Octb. 1777) unternommen hatte, Bahn brach.

Zunächst möchten wir darauf hindeuten, dass die von *Camper* angestellten Versuche an Thieren gar nichts beweisen können, da das Becken des Menschen beim aufrechten Gange

---

animadversiones quaedam. Traject ad Viadr. 1789. 4. — *John Hull*, A defence of the césarian operation with observations on embryulcie and the section of the symphysis pubis. London 1789. 8. — *Giraud*, Mon opinion sur les opérations césariennes et de la symphyse. Paris 1790. 8. — *J. Chr. Gebhard*, Diss. de synchondrotomia ossium pubis. Götting. 1790. 4. — *Delpech*, Diss. sur la possibilité et le degré d'utilité de la synchondrotomie. Montpellier 1801. 4. — *F. F. Fischer* (Praes. *J. H. F. Autenrieth*), Diss. sistens observata quaedam circa obstacula, quae conditio symphysium praeternaturalis synchondrotomiae opponit. Tubing. 1802. 8. — *N. Ansiaux*, Diss. sur l'opération césarienne et la section de la symphyse du pubis. Paris 1803. 4. — *Lescure*, Diss. sur la symphyse du pubis. Paris 1803. 8. — *G. J. van Wy*, De uitvoerlykeid der Schaambeensnyding. Amsterd. 1806. 8. — *Rochet*, Diss. sur la section de la symphyse du pubis et sur les cas, qui exigent cette opération. Paris 1807. 4. — *G. Salomon*, Over de nuttigheid der Schaambeensnede etc. Amsterdam 1809—13. — *Demangeon*, Diss. de ossium pubis synchondrotomia. Paris 1811. 4. — *L. Beschauer*, Diss. inaug. Num operatio synchondroseos in arte obstetricia ultra retinenda, an contra prorsus proscribenda sit? Monachii 1827. 8. — *J. Marxsen*, Diss. inaug. de partus praematuri artificialis cum synchondrotomia et sectione caesarea comparatione. Kiliae 1820. 4. — *G. Galbiati*, Operazioni del taglio della symphysiotomia. — *R. Levasseur*, Sur la symphysiotomie et sur l'enclavement. Bruxelles 1822. 4. — *C. Guyon*, Essay sur la synchondrotomie pubienne. Paris 1825. — *L. A. de Rochefort*, Diss. inaug. in qua inquiritur num synchondrotomia pubis sit indicanda. Groning. 1835. — *Edm. Caspar*, Diss. de disjunctione symphyseos ossium pubis. Halis 1841. 8.

für den ganzen obern Körper den Stützpunkt bildet und die zurückbleibende Beweglichkeit der Beckenverbindungen bei Vierfüsslern weniger sichtbar und nachtheilig sein musste. — Fragen wir aber andererseits, was *Sigault* wohl auf diese Idee gebracht haben mag, so glauben wir, dass er in der Natur selbst darauf hinweisende Vorgänge wahrgenommen zu haben meinte und zwar eben so wohl in der in manchen Fällen unverkennbar sich ereignenden Auflockerung und Auseinanderweichung der Symphysen, und in dem bei schwierigen Entbindungen sogar mitunter vorgekommenen Zerreissen der Schoossfuge. Wir wissen recht wohl, dass dem Ersteren von mehreren Seiten kräftig widersprochen worden ist, halten aber eben deshalb für nöthig die neueren Ansichten und Erfahrungen darüber mitzutheilen, weil offenbar der Erfinder dadurch einige Entschuldigung erfährt, wenn die Natur, die zu mancher Operation den Weg angedeutet hat, selbst darauf hingewiesen haben sollte. *Pigerlit*[1]) macht auf die leicht mögliche Verwechslung mancher Affectionen der Symphysen bei Wöchnerinnen mit Neuralgia ischiadica aufmerksam und stellt dabei die Sätze auf: 1) Die Symphysen des Beckens beim Weibe bieten öfters mehr Elasticität als beim Manne dar; 2) diese Erweichung geht manchmal so weit, dass eine Beweglichkeit der Knochen eintritt; 3) diese Erweichung bildet sich dadurch, dass die Symphysen in der Schwangerschaft an dem vermehrten Säftezufluss nach dem Uterus Theil nehmen; 4) diese Erweichung nimmt meistens im Wochenbette wieder ab, kann aber auch länger fortbestehen und 5) kann die Erweichung zu Entzündung der Bänder, Knorpel und Caries der Knochen führen. — *Frantz*[2]) nimmt ebenfalls an, dass die Knorpel, Bänder und das Becken überhaupt in Folge der während der Schwangerschaft obwaltenden Vitalitätserhöhung und des reichlicheren Säftezuströmens weicher werden und demnach mehr Raum bieten können. — *Wallach*[3]) nimmt

1) Revue médico-chirurgicale. 1848. Mai. — Vergl. *F. Sandifort*, Diss. de pelvi ejusque in partu dilatatione. Lugd. Bat. 1783. 4.

2) Aus *Baumgarten's* Zeitschrift für Chirurgie. 1845. Octb. in der Neuen Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XXIV. 3. Heft. Berlin 1848. S. 447.

3) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. VI. Heft 2. 1838. S. 232 u. 234.

die Erweichung der Beckensymphysen in der Schwangerschaft und die Entzündung der Faserknorpel als eine ausgemachte Sache an und leitet von beiden das öftere Hervorsprossen von Osteosarkomen und Osteosteatomen her. — *W. Grenser*[1]) beobachtete nach einer schweren Zangengeburt Schmerzen und Anschwellung in der Gegend der linken Symphysis sacro-iliaca, die durch energische antiphlogistische Behandlung beseitiget wurden und Derselbe[2]) sah nach anstrengender natürlicher zweiter Geburt einer robusten Bauernmagd ein Auseinanderweichen der Schambeinverbindung sich ereignen, die im Wochenbette, wo die Bewegung der Schenkel sogar gehindert war, durch Blutegel, Umschläge, Mercurialeinreibungen und Befestigung der Beckenknochen durch das Anlegen eines breiten Beckengürtels gehoben wurden. — Bemerkenswerth sind *H. Luschka's*[3]) Versuche über die Beckenverbindungen. Seinen Versuchen zu Folge ist die Synchondrosis sacro-iliaca keine Knorpelfuge, sondern ein wahres Gelenk, und enthält überknorpelte freie Gelenkenden, eine Synovialmembran und eine Gelenkhöhle, die eine der Synovia ähnliche (auch von *Kölliker)* angetroffene klebrige Flüssigkeit enthält. In der Schwangerschaft wird diese Synovia vermehrt, die Knorpel succulenter und weicher und nur im höheren Alter kommen stellenweise völlige Verschmelzungen vor. Die Schambeinfuge fand er in der Schwangerschaft gleichfalls gelockert und ihre Höhle umfänglicher, doch konnte er durch künstliche Dilatation nur eine quere Erweiterung von 3 Mmtr. erreichen, wogegen die Conjugata etwas enger wurde. Die Diductio symphyseos bei Schwangern ist theils im peripherischen Bänderapparat begründet, theils durch Vergrösserung der Symphysenhöhle, Schwund der Zwischensubstanz und Absetzung einer synoviaähnlichen Flüssigkeit hervorgebracht.

Ja es fehlt sogar nicht an Beispielen, welche beweisen, dass Rupturen der Schamfuge vorkommen können und zwar eben sowohl bei anstrengenden natürlichen, als auch bei

1) Monatsschr. für Geburtskunde. Bd. II. Berlin 1853. S. 136.

2) Ebendaselbst. Bd. I. 1853. S. 143. — Vergl. *M. Saxtorph*, De ossibus pubis in partu sponte separatis. Hafniae 1775. 4.

3) *Virchow's* Archiv für pathol. Anatomie. Band VII. Heft 2. 1855. S. 299. 8. Taf. III.

schweren Instrumentalentbindungen. *Rieke*[1]) in Stuttgart untersuchte eine 3 Tage früher entbundene Frau, bei welcher nicht allein die Schamfuge zerrissen, sondern auch das linke Schambein sich $^1/_2$″ hinter das rechte verschoben hatte. *d'Outrepont*[2]) fand bei einer am Typhus verstorbenen Wöchnerin beide Darm- und Kreuzbeinverbindungen an ihrer innern Seite zerrissen und $^1/_4$″ von einander abstehend. Bei einer andern mit Hülfe der Zange entbundenen Frau wich, obschon nur 3 Tractionen mit der Geburtszange erforderlich gewesen waren, die Schamfuge $^1/_2$″ auseinander, womit sich noch heftige Schmerzen in der Blase und Harnröhre verbanden. Mit Hülfe einer festen Binde gelang die Wiederherstellung. — Bekanntlich hatte sich schon *Hippocrates* in seinem Buche de natura pueri bestimmt für die Erweichung und Erweiterung der Symphysen ausgesprochen und *Avicenna* sie für das grösste Werk der Natur erklärt. *Fabr. Hildanus*[3]) beobachtete die Disjunctio ossium pubis unter andern sogar bei seiner eigenen Frau. *Paré* und *Severin Pineau* fanden bei einer im Jahre 1579 in Paris Kindermords wegen hingerichteten Frau 10 Tage nach der Entbindung, dass sich die Schambeine über einander schieben liessen und so sprachen sich später noch viele berühmte Aerzte über die Wirklichkeit dieser Erscheinung aus, z. B. *Guillemeau, Spiegel, Harvey, Scultet, Heister, Morgagni, Camper, Plenk, Richter, Loder, Deleurye* u. A. m. *Jos. Mohrenheim*[4]) machte mehrfache Versuche, durch Eintreiben hölzerner Keile in die Höhle in Wasser gelegter Becken nachzuweisen, dass sich eine nicht geringe Erweiterung dadurch erzielen lasse. *Ulsamer*[5]) in Landshut fand mehrmals an den Becken verstorbener Wöchnerinnen alle drei, oder wenigstens die Schambein-

1) Heidelberger klinische Annalen. Band VII. Heft 3. 1831.

2) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. I. Heft 1. 1834. S. 83 u. 84. — Zwei frühere Beobachtungen *d'Outrepont's* siehe Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. II. St. 1. S. 184; und Bd. VII. St. 1. S. 11.

3) Opera observationum et curationum. Francof. 1646. Fol. Observ. Centur. VI. p. 546 sq.

4) Wienerische Beiträge zur prakt. Arznei-, Wundarznei- u. Geburtskunde. Bd. I. Wien 1781. 8. S. 316.

5) Neue Zeitschr. für Geburtsk. Bd. II. Heft 2. 1835. S. 178.

verbindung beweglich, obschon sich diese Erscheinung ebenso wenig immer zeigte, als das Uebereinanderschieben der kindlichen Kopfknochen. *Guillemeau*[1]) hörte dabei mehrmals ein deutliches Knarren und unterschied deutlich durch den äusserlich auf die Schambeinverbindung aufgelegten Finger den entstandenen Zwischenraum. *Smellie*[2]) fand i. J. 1736 nach der ersten Entbindung einer 25jähr. Frau das rechte Darmbein unter heftigen Schmerzen vom Kreuzbeine getrennt. Aehnliche Fälle sind nach *Ulsamer* noch von *Santorini*, *Smollet*, *Verdier*, *Gregoire* und *Duverney*, *Soumain* und *Arnaud*, *Lepinard*, *Ludovici*, *Morgagni*, *Aurel*, *Helm*, *Jörg*, *Alix*, *J. P. Michell*, *Baudelocque* und *Meckel* beobachtet worden, ja *Nic. Meyer*[3]) gedenkt sogar eines Falles, in welchem die Symphysen erst beim Durchgange der Nachgeburt aus einander wichen. Einen gleichen Fall erzählt *Ansiaux* (a. a. O.). *Mohrenheim* gewahrte bei einer Wöchnerin nach einer Zangenentbindung Beweglichkeit der Beckenknochen mit heftigen Schmerzen und Harnbeschwerden. *El. v. Siebold*[4]) fand in der Leiche einer nach geübter Perforation gestorbenen Wöchnerin die Schamfuge $^1/_4$″ aus einandergewichen (im J. 1812 in Würzburg) und in einem andern Falle, wo schon in der Schwangerschaft Stehen und Gehen unmöglich und sogar das Sitzen sehr beschwerlich war, die linke Darm- und Kreuzbeinverbindung nach dem Tode getrennt. *Ritgen*[5]) erzählt, dass bei einer Gebärenden mit einem dumpfen Krach die Schambeinverbindung zerriss und er bei der Leichenöffnung einen grossen Eitergang entdeckt habe, der sich von der Clitoris über die gesprengte Schoossbeinfuge bis zum Nabel erstreckt habe. Diesem Falle

---

1) Oeuvres de Chirurgie. Livr. II. Chap. 1.

2) Sammlung besonderer Fälle und Bemerkungen in der Hebammenkunst. Aus d. Französischen von *Königsdörfer*. Bd. II. Beobacht. 1.

3) *El. v. Siebold's* Journal für Geburtshülfe. Band III. St. 2. 1821. S. 234.

4) Ebendas. Bd. III. Heft 1. 1813. S. 118; u. Bd. IV. Heft 1. 1824. S. 58.

5) Ebendas. Bd. VI. St. 2. 1826. S. 279.

am nächsten steht der von uns [1]) beobachtete. Eine 25jähr. Erstgebärende erlitt unter lautem Wehklagen eine Zerreissung der Schoossfuge, zu der sich noch bei der darauf folgenden Zangengeburt eine Zerreissung der vorderen Mutterscheidenwand und im Wochenbette ein Abscess gesellte, welcher neben der rechten Schamlefze eröffnet wurde, worauf die Wöchnerin, deren Becken durch einen breiten Riemen mit guten Unterlagen befestigt wurde, genas. (Eine bald darauf erfolgte neue Schwangerschaft endete mit einem spontan eingetretenen Abortus.) *Ulsamer* [2]) erzählt zwei von ihm gemachte Beobachtungen, in denen ausser der Schoossfuge auch noch eine Kreuz- und Darmbeinverbindung getrennt angetroffen wurden, und welche beide tödtlich endeten. *Trefurt* [3]) theilt die Geburtsgeschichte einer mit Osteomalacia adultorum behafteten Frau mit, bei welcher die Schambeine gegen 2″ von einandergewichen und auch die Kreuz- und Darmbeinverbindungen sehr beweglich und einigermassen getrennt und in Eiterung versetzt waren, was sich an der Schambein-Symphyse noch nicht zeigte. An jenen waren das Ligamentum pelvis anticum und das Periosteum durchrissen. *Scharf* [4]) fand bei der Leichenöffnung einer 31jähr. durch Wendung und Perforation entbundenen Frau die Mutterscheide von unten bis 4″ hoch in die Gebärmutter zerrissen, die linke Kreuz-Darmbeinfuge einen Finger weit klaffend und im kleinen Becken eine die vier obern Kreuzbeinwirbel bedeckende Geschwulst als Haupthinderniss der Geburt. *Ulsamer* [5]) war zu einer Entbindung gerufen worden, wo er bei der Ankunft (nach vorausgegangenen Zangenversuchen von anderer Hand) die vordere Wand der Mutterscheide zerrissen und die Schamfuge so weit getrennt fand, dass er den Zeigefinger dazwischen bringen und sogar mit der andern auf den Mons Veneris

1) *Casper's* Wochenschrift f. die gesammte Heilkunde. Berlin 1833. No. 42. d. 13. Octbr.

2) Die Entbindungsanstalt zu Landshut u. s. w. Landshut 1833. S. 37.

3) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Band XVI. Heft 3. 1844. S. 449.

4) Ebendaselbst. Bd. XVII. Heft 2. 1845. S. 170.

5) Ebendaselbst. Bd. XVII. Heft 3. S. 482.

gelegten Hand seinen Finger fühlen konnte. Die Kranke wurde durch Perforation entbunden, wieder hergestellt und im Jahre 1840 durch die künstliche Frühgeburt ähnlicher Gefahr entzogen. Prof. *Hoffmann*[1]) sah bei der Leichenöffnung einer am Nervenfieber verstorbenen Frau die Symphysis ossium pubis $1\frac{1}{2}''$ weit auseinandergewichen, den vorderen Theil der Urethra zerrissen, in der Vagina eine Ruptur $\frac{3}{4}''$ lang, zwischen den getrennten Schambeinen Eiterung und auch die Synchondrosis sacro-iliaca sehr beweglich. Das Kind lebte und war $11\frac{1}{2}$ Civ. Pfund schwer. Endlich glaubt *Pröbsting*[2]) aus den langen Leiden einer durch Perforation entbundenen Frau schliessen zu dürfen, dass die Symphysis sacro-iliaca sinistra zerrissen gewesen sei (20 Monate später wurde dieselbe durch die Naturkräfte allein entbunden).

Rücksichtlich der Art und Weise, wie die Ruptur der Schamfuge zu Stande kommt, herrscht keine vollständige Uebereinstimmung. In *Trefurt's* Falle waren, seinen eigenen Worten zu Folge, die jeden Schambeinast bedeckenden Knorpelplatten unversehrt, aber da, wo sich zwischen denselben sonst eine gallertartige Masse befindet, waren sie von einander gewichen. In unserm Falle dagegen waren beide Knorpelplatten fest an einander befestiget geblieben und hatte sich der vereinte Knorpel am rechten Schambeinaste erhalten, wo er sich bei dem Eindringen des untersuchenden Fingers in die durch die Ruptur entstandene Spalte ganz glatt anfühlte, während die Rupturfläche am linken Schambeinaste sich ganz rauh, wie eine durchsägte Knochenmasse, darstellte. Damit stimmen auch *Baudelocque*[3]) und *Schlemm*[4]) überein.

Ungeachtet im Verlaufe der Zeit eine nicht unbeträchtliche Anzahl glücklich verlaufener Schamfugenschnitte bekannt gemacht worden ist, hat doch diese Operation auf der andern

---

1) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XX. Heft 1. 1846. S. 79.

2) Ebendaselbst. Bd. XXXII. Heft 3. 1852. S. 427. (Aus der Rhein. Monatsschrift.)

3) Anleitung zur Entbindungskunst, deutsch von *Ph. Fr. Meckel.* II. Aufl. Leipzig 1791. 8. S. 70.

4) Berliner Encyclopäd. Wörterbuch der med. Wissenschaft. Bd. V. 1830. S. 163.

Seite wieder so viele Schattenseiten, dass sie jetzt ziemlich in Vergessenheit gerathen ist. Es dürfen nämlich die getrennten Schambeinäste nicht weiter als höchstens 2″ von einander entfernt werden, wenn nicht die in der Nähe der Schamfuge gelegenen Weichtheile, namentlich die Harnwerkzeuge nachtheilige Verletzungen erleiden und die Kreuz-Darmbeinverbindungen zerrissen werden sollen, was häufig Eiterung, Brand und Tod zur Folge hat; und durch eine solche Sperrung der Schamfuge wird die Conjugata des Beckens nur etwa um 5—6‴ vergrössert, woraus sich ergiebt, dass sie nur etwa bei einem geraden Beckendurchmesser von $2^3/_4$ bis 3″ vorgenommen werden, und demnach nie als Ersatz des Kaiserschnittes, sondern höchstens der Perforation dienen könnte, wozu aber jetzt kein gebildeter Geburtshelfer mehr schreitet, da wir einen ungleich besseren Ersatz für diese Operation in der bald zu besprechenden künstlichen Frühgeburt haben. Nehmen wir noch dazu, dass auch in den sogenannten glücklichen Fällen dem Operateur höchst ungünstige Zufälle begegnen können und viele Operirte ungesund bleiben, indem die Durchschneidung des Schoossknorpels (besonders wenn die Verbindung verknöchert angetroffen wird) mitunter sehr schwierig ist, die Schambeine sich nicht selten nur unzureichend von einander entfernen, Harnröhre und Blase leicht gequetscht oder verletzt werden, so dass lebenslängliche Incontinentia urinae folgt, Entzündung, Brand, Caries, Lähmung und ein wankender Gang (abhängig von der ausbleibenden Vereinigung der getrennten Symphysen) oder eine höchst lästige Vaginalhernie zurückbleibt, so kann man es nur natürlich finden, dass heut zu Tage Niemand mehr an Ausführung einer Operation denkt, die allen Credit verloren hat und kann sich nur wundern, dass im letzten Semisäculum noch Fälle davon vorgekommen sind, was nur dadurch erklärlich wird, dass die blinden Freunde der Operation dieselbe als ganz leicht geschildert und ihren Nutzen weit übertrieben haben.

Zu Anfange dieses Jahrhunderts übte laut öffentlicher Bekanntmachung der berühmte *Alph. Leroy* diese Operation [1]),

1) Intelligenzblatt zur allgem. Literaturzeitung. Jena 1801. 4. No. 129. — *J. Ch. Stark's* Neues Archiv für die Geburtshülfe u. s. w. Bd. II. St. 2. 1801. S. 364.

aber dies geschah auch in Paris, der Geburtsstadt derselben. Ja beinahe 20 Jahre später vermerkte es sogar *Grotanelli*[1]) übel, wenn ausgesprochen worden war, dass die Symphysiotomie immer ungünstig abgelaufen sein sollte, und hält dem entgegen, dass in den Jahren 1815—1818 allein in Mailand dieselbe 3 Mal verrichtet worden sei. Im Jahre 1817 übte der nicht operationssüchtige *Boër* in Wien den Schamfugenschnitt an einer nach gemachter Wendung und Extraction verstorbenen Gebärenden um den Ausschluss des Kopfs zu erzielen, der auch sofort, wie uns *Oehler*[2]) als Zeuge der Operation mittheilt, erfolgte und in Folge des kräftigen Wehendranges zwei Fissuren zeigte. Auch aus dem Jahre 1834 wird noch aus Frankreich[3]) ein angeblich mit Glück ausgeführter Schamfugenschnitt gemeldet. Aber auch das war noch nicht die letzte derartige Operation, sondern *Damman*[4]) verrichtete sie noch im vorigen Jahrzehend nach vergeblich angestellten Zangenversuchen, durch die er endlich nach geübter Synchondrotomie die Geburt vollendete und nach *Depaul's* Bericht[5]) hat auch noch im laufenden Jahrzehend sie *Maslieurat* unternommen, doch warnt *Depaul* selbst *M's.* Aufforderung zur Nachahmung Folge zu leisten.

Bedenkt man nun noch, dass häufig diese Operation, die nach *Desgranges*[6]) noch dadurch so gefährlich wird, dass immer die Bauchmuskeln und Bedeckungen unter der Symphyse zerreissen, ohne sichere Indicationen unternommen und häufig noch nach derselben Perforation und Cephalothrypsie, ja sogar, wie *Bonnard*[7]) und *Mursinna*[8]) melden, noch der Kaiserschnitt ausgeführt worden ist, so muss man offen-

---

1) *Omodei* Annali universali di Medicina. Vol. IX.

2) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. III. Heft 3. 1836. S. 385. ff.

3) Bulletin général de Thérapeutique. Tom. VII. No. 11.

4) *Casper's* Wochenschrift für die gesammte Heilkunde. Berlin 1842. No. 7.

5) Gazette médicale de Paris. 1853. Mars. No. 13. p. 300.

6) Journal de Médecine. Tom. LXVII. Paris 1785. Juin.

7) *Lauverjat*, Neue Methode den Kaiserschnitt zu machen. Deutsch von *Eisold*. Leipzig 1790. 8.

8) Neuestes Journal für die Chirurgie, Arzneiwissenschaft und Geburtshülfe. Bd. V. Berlin 1820. S. 298.

bar den Stab über diese Operation brechen, wenn auch *Ritgen*[1]) im Jahre 1820 noch 15 Indicationen zu Gunsten derselben aufstellte und sie *Carbonai*[2]) noch im Jahre 1842 in Schutz nahm; ja wir hegen sogar die Ueberzeugung, dass auch Niemand jetzt mehr dieselbe nach *H. Purcell's* Vorschlage[3]) bei Retroversio uteri vornehmen wird.

Da dem Gesagten zu Folge die Synchondrotomie ihrem Zwecke nicht entsprach, so dachte *Galbiati*[4]), ein Gegner des Kaiserschnittes, daran, eine andere Operation an der Stelle derselben zu ersinnen und gab als solche die Pelviotomie an, und ein Instrument, welches dazu bestimmt war, das Becken an fünf Punkten zu durchschneiden; nach einem schon im Jahre 1784 von *J. Aitken*[5]) gemachten Vorschlage. Es hat jedoch anfänglich Niemand sich gefunden, der diese auch von *Scanzoni*[6]) für abentheuerlich erklärte Operation auszuführen Lust gezeigt hätte, bis es doch endlich im Jahre 1832 geschah, wo in Neapel an *Guiseppa Negri* das gefahrvolle Unternehmen durch *Galbiati*[7]) in Ausführung gebracht wurde. Es lief dasselbe aber so unglücklich ab, dass nach Durchschneidung beider Schambeine noch der Kopf des Kindes perforirt werden musste und auch die Mutter bald darauf starb. Ungeachtet dieses ungünstigen Ausganges wurde die Operation im December 1841 an der 23jährigen *Maria Mucci* durch *Ippolito Nunziante*[8]) und *Galbiati* nochmals

---

1) Die Anzeigen der mechanischen Hülfen bei Entbindungen. Giessen 1820. 8. S. 394.

2) Il Raccaglitore medica. 1842. Janv.

3) Medical and Philosophical Commentaries by a Society of Edinb. Vol. VI. P. III. London 1779. 8.

4) *v. Fröriep's* Notizen im Gebiete der Natur- u. Heilkunde. Bd. VII. No. 13. 1824. S. 208.

5) Principles of midwifery or puerperale Medicine. London 1784. III Edit. 1786. — Deutsch von *Spohr*. Nürnberg 1789. Mit 13 Kupfern.

6) *F. W. Scanzoni*, Lehrbuch der Geburtshülfe. 2. Aufl. Wien 1853. S. 922.

7) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. I. Heft 3. 1834. S. 121. — *Schmidt's* Jahrbücher u. s. w. Bd. XXXIX. S. 316.

8) Il filiatre Sebezio 1832. Marzo. — Medicin. Zeitung des Auslandes, herausgegeb. von *Kalisch*. Berlin 1838. No. 85.

unternommen, aber das Kind, das noch kurz zuvor deutliche Lebenszeichen von sich gegeben hatte, wiederum todt geboren, und auch die Operirte starb am achten Tage. — Seit jener Zeit ist nun glücklicher Weise weder noch einmal von Wiederholung der Operation die Rede gewesen, noch haben Versuche, die *d'Outrepont*[1]) und *Heine* mit der von Letzterem erfundenen Kettensäge an Leichnamen gemacht haben, dazu ermuntern können; denn nachdem beide Scham- und Sitzbeine durchschnitten waren, gaben die weichen Theile (allerdings 12 Stunden nach erfolgtem Tode) so wenig nach, dass man mit der grössten Gewalt die getrennten Knochenstücke kaum einige Linien nach aussen ziehen konnte.

(Schluss folgt.)

XV.

Notizen aus der Journal-Literatur.

Luschka: Ueber die Flüssigkeit des *Graaf*'schen Follikels.

Die Wandung des Follikels zunächst besteht: 1) aus einer an Blutgefässen reichen Haut, deren Grundlage Bindegewebe ist mit elastischen Fasern und welche nach innen hin durch eine strukturlose Membran vom Epithelium abgegrenzt wird, nach aussen aber durch lockeren Zellstoff mit dem Eierstocksstroma im organischen Verbande steht; und 2) aus dem Epithelium. Dieser zunächst die Höhle begrenzende Bestandtheil der Follikelwandung besteht aus zahllosen, theils rundlichen, theils eckigen, durchschnittlich nur 0,007‴ grossen Zellen, welche die verschiedensten Phasen ihrer Entstehung und ihres Unterganges zu erkennen geben. Sie stellen in ihrer Gesammtheit die sogenannte Körnerschicht, stratum granulosum dar. An demjenigen Orte, wo das Ei seine Lage hat, d. h. der freien Oberfläche des Ovarium zugekehrt, sind jene Zellen am zahlreichsten und umlagern das Ovulum von allen Seiten her; sie bilden gewissermassen ein Nest für dasselbe. Dadurch wird aber gegen die Höhle des Follikels herein ein starker Vorsprung gebildet, den man als Cumulus proligerus zu

1) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. II. Heft 2. 1835. S. 161.

bezeichnen gewohnt ist. Der von den genannten Zellen und vom Eie nicht eingenommene Raum des *Graaf*'schen Follikels ist erfüllt von einer hellgelblichen, klebrigen, durch Säuren und Erhitzen gerinnenden Flüssigkeit — dem Liquor folliculi Graafiani. — Wie entsteht nun diese Flüssigkeit und welche ist ihre Bedeutung? Ueber die Bildungsweise sind bisher nur Vermuthungen gehegt worden, *Huschke* sieht die Körnerschicht als das Organ ihrer Absonderung an, Andere lassen sie als einfaches Transsudat aus dem Blute entstehen. Eine sorgfältige Untersuchung bestätigt die Ansicht *Huschke's*, indem man Schritt für Schritt erkennen kann, unter welcher Metamorphose der Zellenschichte ein Fluidum gebildet und wie dieses schliesslich frei wird. Die Zellen bilden sich nach den allgemeinen Gesetzen aus dem Blasteme des Blutes, die Kerne sind das primäre, um welche sich eine Molekularmasse niederschlägt, aus deren chemischen und morphotischen Sonderung die strukturlose Hülle und der eigenthümliche Zelleninhalt zu Stande kommen; sie sind dann durchschnittlich 0,005‴ gross, sphärisch, fein, granulirt und in mehreren Schichten angeordnet, deren oberste die ältesten, in specifischer Veränderung begriffenen Bestandtheile enthält. Diese sind es nämlich, an welchen Umsatz der Stoffe und Wachsthum durch Intussusception — durch Aufnahme neuen Blastems aus der Umgebung, am weitesten gediehen sind. Ihr körniger Inhalt hat sich zu einer hellen eiweissartigen Substanz verflüssigt, dadurch werden die Zellen gross, licht und zart begrenzt. Dieser verflüssigte Inhalt wird nun in verschiedener Weise frei. Regel ist es, dass er die Zellenwandung durchdringt und als helle ölähnliche Tröpfchen zu Tage tritt, welche sich in Wasser nach einiger Zeit auflösen. Die Zellenwandung zieht sich in diesem Falle zusammen und sieht einer neuen Füllung entgegen; oder die Zelle zerschmilzt ohne Hinterlassung einer Spur oder aber unter dem Fortbestande des Nucleus, der sodann als Grundlage einer neuen Zellenbildung dient. Bei weitem nicht alle Zellen betheiligen sich an der Herstellung des Liquor, manche verändern sich gar nicht, andere verfallen, ohne ihren Zweck erreicht zu haben, in fettige Degeneration. — Welches ist die Bedeutung der Flüssigkeit des *Graaf*'schen Follikels? Ueber die primitive Bedeutung des Liquor folliculi Graafiani kann man Sicherheit nur dadurch gewinnen, dass man die erste Entwickelung des Follikels und des Eies verfolgt. Die Uranlage des Follikels aber stellt ein Häufchen von Zellen dar, um dieses bildet sich zunächst eine strukturlose Membran, aus dieser setzt sich in's Innere eine flüssige Substanz als Blastem ab, aus welchem in erster Reihe das Keimbläschen mit dem Keimkern hervorgeht, um welches erst secundär der Dotter und seine Umhüllung entsteht. Diese Theile können nicht wohl aus etwas Anderem hervorgehen als aus einem von jenen Zellen gebildeten Flüssigen. Dieses ist aber nicht allein ihr Keimstoff, sondern er dient dem

Eie auch noch weiter, bis zu seiner Reife, als Nahrungssaft. Mit der Vollendung der Reife des Eies verbindet sich das Bestreben der Natur nach Ausstossung derselben; zu dieser Zeit sind die Blutgefässe der Follikelwandung reichlicher gefüllt, es finden von jetzt an Transsudationen im gewöhnlichen Sinne statt, welche sich dem ursprünglichen Safte beimischen, den Balg ausdehnen, um dessen Wandung bis zum endlichen Bersten zu verdünnen, welches im Augenblicke der grössten Hyperämie der Gefässe erfolgt. So sehen wir also an die Flüssigkeit des *Graaf*'schen Bläschens auch schliesslich eine mechanische Bedeutung geknüpft. Nach dem Austritte aus dem Eierstocke gelangt das Ei, wenn es überhaupt zur Entwickelung kommen soll, nicht plötzlich in einen nährenden Wechselverkehr mit dem mütterlichen Organismus, sondern es führt in der Zeit von einigen Tagen, welche bis zur Ankunft im Fruchthälter nöthig sind, noch, was die Ernährung betrifft, ein Eierstocksleben. Es nimmt zu diesem Zwecke eine grosse Menge von Zellen des *Graaf*'schen Follikels mit sich, welche es in der Form des sogenannten Discus proligerus umlagern und den nöthigen Stoffaustausch noch kurze Zeit zu vermitteln im Stande sind.

(Würtemb. naturw. Jahresh. Jahrg. 13.)

Spiegelberg: Experimentelle Untersuchungen über die Nervencentren und die Bewegung des Uterus.

Anschliessend an die Untersuchungen des leider so früh verstorbenen ***Franz M. Kilian***, welche sich auf die Struktur des Uterus in den verschiedenen Stadien des Fortpflanzungsgeschäftes, auf die Vertheilung der Nerven des Uterus, auf die Physiologie der Uterinthätigkeit beziehen, wobei *K.* zu dem Resultate kam, dass in der Medulla oblongata und der benachbarten Rückenmarksparthie das Nervencentrum des Uterus zu finden und die hauptsächlichsten Leiter die N. vagi seien (Zeitschr. f. rationelle Medicin Bd. 8, 9, 10 und neue Folge Bd. 2); ferner an die Arbeiten von ***Heddaeus*** und ***Bertling***, welche ausser dem Vagus auch dem Lumbar- und Sacraltheile des Sympathicus, sowie dem grossen Gehirne eine Herrschaft über den Uterus zusprechen, hat *Spiegelberg* eine Reihe von circa 40 höchst interessanten und lehrreichen Versuchen angestellt, aus welchen wichtige Ergebnisse hervorgehen. Wir übergehen die vom Verf. näher beschriebenen 35 Versuche selbst und begnügen uns mit dem Berichte über die aus denselben gewonnenen Ergebnissen, wie der Verf. dieselben angiebt: *a*) das Aufhören der Circulation und die dadurch bedingte Blutstockung sind die Ursachen der peristaltischen Bewegung des Uterus. So lange das Herz schlägt, fehlen letztere oder sind höchst gering; *b*) durch die N. vagi gelangen keine

Erregungen zum Uterus; *c*) von der Medulla oblongata aus lassen sich Erregungen des Uterus hervorrufen; *d*) das hauptsächlichste Centrum ist das Cerebellum; *e*) von jeder Stelle des Rückenmarks aus, besonders aber vom Lenden- und Sacraltheile desselben, lassen sich Bewegungen des Uterus hervorrufen; *f*) die von den Centraltheilen ausgehenden Erregungen laufen längs der Medulla oblongata und des Rückenmarks abwärts und gelangen durch die Verbindungen des Bauchgrenzstranges des Sympathicus mit letzterem und durch die Sacralnerven zum Uterus; sowie umgekehrt vom Uterus zu den Centraltheilen gehende Erregungen auf demselben Wege geleitet werden.

Verf. hat die Fortsetzung dieser Versuche versprochen, welche hoffentlich über manche noch dunkle Punkte in der Physiologie des Uterus, so auch über den Modus der Contractionen Aufschluss bringen werden.

(Zeitschr. f. rationelle Medicin, dritte Reihe Bd. 2, Hft. 1, 1857.)

Hohl: Ob Kopfabschneider und Rumpfzerstückeler nothwendig sind und es nicht besser wäre, die Veranlassung ihres Gebrauches zu beseitigen.

H. unterwirft die in neuester Zeit mehrfach neu erfundenen Zerstückelungs-Instrumente und Operationsmethoden (*Davis*, *Spaeth*, *Braun*, *Concato*, *Hayerdahl*, *Faye*, *Hoffmann* in Brevig, *Kierulf* etc.) einer strengen und ernsten Kritik, welche die grösste Beachtung der Fachgenossen verdient. Er leugnet für die meisten Fälle die Nothwendigkeit der Zerstückelung des Kindes und glaubt, dass man in den selbst verzweifeltsten Fällen mit der Perforation und Entleerung der Kopf- und Rumpfhöhlen ausreichen könne. Selbst bei doppelköpfigen Missgeburten sei das Abschneiden des einen oder andern Kopfes entbehrlich. Der wunde Fleck für die schweren Wendungsfälle liege in der Versäumniss der Hebammen, diese müssten tüchtiger sein, um früh genug eine Querlage zu erkennen, oder es müsste ihnen in ausgedehnterer Weise erlaubt sein, die Wendung selbst auszuführen, als es das Hebammenlehrbuch (in Preussen) gestattet. Ferner müssten die Aerzte nicht zu den ihnen bekannt gewordenen Versehen und Versäumnissen der Hebammen schweigen, sondern gewissenhaft dieselben zur Anzeige bringen, damit die gebührende Strafe folgen könne. Durch das Verhehlen mache sich der Arzt gleichzeitig strafbar.

(Deutsche Klinik No. 40, 1857.)

Wendrykowski: **Beobachtung einer Schultergeburt.**

Verf. wurde zu einer erstgebärenden Epileptica gerufen und fand das bereits abgestorbene Kind in der 3. Schulterlage, den Arm heraushängend. Ein vorgenommener Wendungsversuch verursachte der Gebärenden einen heftigen Krampfzufall, weshalb von allen Manipulationen abgesehen wurde. Kräftige Wehen drängten bald die Schulter immer tiefer und mittels einiger Tractionen wurde das Kind zur Welt befördert, dessen Kopf allerdings durch die Verwesung eine breiartige Beschaffenheit hatte.

(Einen ähnlichen Fall beobachtete Ref. bei einer rüstigen Bauerfrau, die bereits mehrmals leicht geboren. Zu der Gebärenden wurde erst 4 Tage nach Abfluss des Fruchtwassers ärztliche Hülfe verlangt und Ref. fand das bereits faule Kind mit der Schulter tief ins Becken eingekeilt, den Arm heraushängend. Die Wendung war, wegen der festen Contraction des Uterus, nicht ausführbar. Durch Tractionen am Arme und gleichzeitig mittels des Hakens wurde allmälig der Kopf und dann der übrige Körper leicht entwickelt.)

(Organ für die ges. Heilk. 6. Jahrg. 1. H. p. 35.)

Foucher: **Tumor Vaginae in Folge einer partiellen Erweiterung der Urethra.**

Mad. *G.*, 27 Jahre alt, kräftiger Constitution, fühlte seit vier Jahren, ohne nachweisbare Ursache, Brennen beim Urinlassen. Nach einer regelmässigen Schwangerschaft und Geburt blieb das Uebel in demselben Grade bestehend und es gesellte sich dazu ein hartnäckiger Uterinalausfluss. Bei der Untersuchung fand Verf. gleich über dem Scheideneingang eine runde Geschwulst, die sich zusammendrücken liess und an der vordern Wand sass. Sie war von der Grösse einer grossen Nuss, faltig und 3—4 Mm. hinter dem Orificium Urethrae gelegen. Beim Druck auf dieselbe wurde eine Quantität Urin entleert. Ein in die Urethra geführter Katheter gelangte kurz über dem Orificium in eine sackartige Erweiterung, die mit der Blase durch den übrigen Theil der Urethra zusammenhing und ziemlich viel Urin enthielt. In Folge dessen ging der Urin oft unwillkürlich ab, namentlich aber beim Coitus. Die Kranke verlangte eine Operation, die Verf. in der Weise ausführte, dass er durch einen Längenschnitt die Scheidenwand der Geschwulst trennte und von jedem Rand ein 1 Cm. breites Stück mit der Scheere abtrug und hierauf die Wunde mittels einer Naht vereinigte. Nach 7 Tagen, während welcher Zeit ein Katheter in der Blase liegen blieb, war die Vereinigung geschehen und die Erweiterung der Urethra verschwunden.

(Moniteur des Hôpit., Août 1857. Archives générales de Médic. Oct. 1857.)

Cramoisy: Kindesbewegungen im 3. Monat wahrgenommen. — Agalactie einer Amme durch eigenthümliche Kost gehoben.

Vf. theilt uns zwei merkwürdige Beobachtungen mit, welche ihrer Seltenheit wegen erwähnt zu werden verdienen. Mad. *C.*, 23 Jahre alt, von kräftiger Constitution, die schon zwei normale Schwangerschaften überstanden hatte, concipirte nach ihrer Rückkehr aus dem Seebade im vergangenen Jahre zum 3. Male, ohne es jedoch zu wissen, da sie fort menstruirte und fühlte 3 Monate später zu ihrem Erstaunen Kindesbewegungen, die von dieser Zeit an immer kräftiger und selbst lästig wurden. Genau neun Monate nach ihrer Rückkehr (am 28. Aug. 1856) wurde sie am 28. Mai 1857 von einem kräftigen Knaben entbunden. Dieses Kind wurde einer Amme übergeben, deren Brüste sich wenig entwickelt und nur dünne Milch enthaltend zeigten. Der kleine Säugling zeigte durch sein unruhiges Verhalten bald, dass die Nahrung für ihn zu gering war und da die Eltern desselben die Amme gern behalten wollten, rieth Vf. ihr zur Nahrung Linsen und gesalzenen Stockfisch, zum Getränk ausschliesslich gutes Strassburger Bier zu geben, wodurch sehr bald eine kräftige Milchsecretion zu Stande kam.

(Gaz. des Hôpit. 125. 24. Oct. 1857.)

Mertens in Neviges: Mittheilungen aus der Praxis.

Verf. theilt uns beifolgend zwei Fälle von Kaiserschnitt mit deren Erfolg in Bezug auf die Mütter, trotz ungünstiger Verhältnisse, ein günstiger war und uns abermals zeigt, wie viel zum Gelingen dieser Operation auf die Zähigkeit, um uns dieses Ausdruckes zu bedienen, des Individuums ankommt. Der erste Fall betraf eine 30jährige Erstgebärende, welche in ihrer Kindheit an Rhachitis gelitten. Am 25. Nov. 1855, dem normalen Ende ihrer Schwangerschaft, traten kräftige Wehen ein, durch welche der Kopf, nach Abgang des Fruchtwassers in der Weise ins Becken eingekeilt wurde, dass die bedeutende Kopfgeschwulst eine genaue Untersuchung der Räumlichkeit desselben unmöglich machte. Die Anlegung der Zange war unmöglich und die nach dem Absterben des Kindes vorgenommene Zerkleinerung des Kopfes liess nun die Untersuchung des innern Beckenraumes zu, wodurch sich herausstellte, dass die Geburt nur mittels des Kaiserschnittes zu vollenden sei. Derselbe wurde in der Linea alba leicht und ohne besondere Zufälle ausgeführt. Die Operirte genas, trotz einer am 3. Tage erfolgten Erkältung, welche heftigen Husten

und Auftreibung mit Schmerzhaftigkeit des Unterleibes zur Folge hatte, vollständig und verliess nach 4 Wochen ihr Lager.

Der 2. Fall betraf eine Zweitgebärende, die 2 Jahre früher bereits ein Mal mittels des Kaiserschnittes glücklich entbunden worden war. Ende Mai 1855 hatte sie wieder concipirt und am 6. Januar 1856 nach vorausgegangenem heftigen, 10 Tage anhaltenden Erbrechen, die ersten Wehen gespürt. Als gegen 10 Uhr früh die Blase springfertig war, wurde zur Ausführung des Kaiserschnittes geschritten. Der Uterus lag in einem Sacke der Bauchdecken bis herab über die Mitte der Oberschenkel. Der Schnitt wurde an der linken Seite der Linea alba gemacht. Die Gebärmutter war sehr dünn und der Einschnitt traf die Placenta, die sogleich mit einem lebenden, kümmerlich ernährten Kinde, entfernt wurde. Das dem Aussehen nach 7monatliche Kind starb nach $^1/_4$ Stunde wieder. Die Operirte wurde der Regel gemäss behandelt und befand sich so wohl, dass sie schon am 10. Tage das Bett verliess, dadurch aber sich eine Entzündung des rechten Eierstocks zuzog, deren Product sich einen Weg in der Leistengegend nach Aussen bahnte. Auch hiervon genas die Patientin innerhalb 3 Wochen.

(Organ für die ges. Heilk. 6. Jahrg. 1. H. p. 81.)

Detschy: Die Instrumentalbehandlung als Palliativ- und Radicalverfahren bei abdominalen Uterusdislocationen.

Es muss in allen Fällen genau unterschieden werden, welche Fälle rein medicinisch und welche gleichzeitig mit instrumentell zu behandeln sind. Nur die primären Inflexionen und Inversionen hält Verf. für heilbar und zwar nur auf mechanisch-instrumentalem Wege, abgesehen von den sich zugesellenden Complicationen, welche eine dynamische Behandlung erfordern. Hat die instrumentale Behandlung üble Folgen gehabt, so liegt dies entweder in der schlechten Beschaffenheit des Instruments, oder in der unvollkommenen Handhabung desselben. Die erste und Hauptindication unseres Handelns wird die Reposition des Uterus und Fixirung desselben in seiner normalen Stellung sein, der wir sodann eine unterstützende örtliche wie allgemeine Behandlung anzureihen haben. Dies kann natürlich nur durch zweckmässig construirte Instrumente erreicht werden. Als ein solches wird das vom Vf. construirte Hysteromochlion bezeichnet. Vor dessen Anwendung ist zunächst eine exacte differentielle Diagnose mittels der Sonde zu stellen, sodann sind etwaige Complicationen, als katarrhalische Ausflüsse, Granulationen etc. durch zweckmässige Behandlung zu beseitigen.

Nehmen wir gleichzeitig Rücksicht auf die Functionen der Nachbarorgane, wählen wir eine passende Jahreszeit (der Spätherbst und Winter sind am wenigsten dazu geeignet) und eignen uns die gehörige Geschicklichkeit bei Handhabung des Instrumentes an, so werden wir durch dasselbe manche glückliche Heilung erzielen können, wie deren bereits mehrere erzielt worden sind.

(Wiener medic. Wochenschr. No. 31. 1. Aug. 1857.)

Grimsdale: Ueber den Gebrauch des Chlorkalium in der Schwangerschaft.

Es kommen mitunter Fälle vor, dass Fötus bis nahe zur Geburt ohne Anstoss sich entwickeln, dann aber ohne nachweisbare Ursache absterben, oder in einem solchen Zustande geboren werden, dass sie bald unterliegen. Dergleichen Fälle wiederholen sich oft in mehreren Schwangerschaften hintereinander, ohne dass wir auf den wahren Grund zu kommen vermögen. In solchen Fällen will nun Vf. vom Chlorkal. einen ausgezeichneten Erfolg beobachtet haben. Hierzu giebt er folgende Beispiele.

Eine dem Ansehen nach gesunde, 24jährige Frau hatte vier Mal hintereinander todte Kinder, die stets eine gelbe Färbung zeigten und zum 5. Mal ein lebensschwaches Kind, von derselben Färbung, bei abnormen Fruchtwasser und Placenta, geboren, welches 17 Tage nach der Geburt starb. In ihrer folgenden Schwangerschaft bekam sie vom 5. Monat an bis zu Ende das genannte Mittel und gebar ein gesundes kräftiges Kind, die Placenta war ebenfalls normal.

Eine andere 25jähr., mehr zartgebaute Frau, die nie syphilitisch war, gebar 4 Mal todte Kinder, die kurz vor der Geburt abstarben. In der folgenden Schwangerschaft nahm sie 4 Monate hindurch täglich 20 gr. Chlorkal. und gebar ein gesundes, lebenskräftiges Kind.

In einem 3. Fall gebar eine schwächliche, hysterische Frau im 6. Monat ein fauliges Kind, die Placenta war theilweise entartet. In der 2. Schwangerschaft nahm sie vom 3. Monat an täglich 15 gr. Chlork., musste aber nach wiederholten Versuchen davon abstehen, wegen heftiger Kopfschmerzen. Das Resultat war wie in der vorigen Schwangerschaft. Bei der folgenden Schwangerschaft nahm sie täglich nur 3 bis 5 gr., die sie gut vertrug und alles ging gut bis sie im 7. Monat durch einen Fall aus einem Wagen eine Frühgeburt erlitt, das Kind war aber gesund, ebenso die Placenta. In der 4. Schwangerschaft endlich wurde durch dasselbe Mittel ein gutes Resultat erzielt, indem sie ein gesundes, reifes Kind gebar.

Eine 4. Frau hatte 7 Mal todte Kinder geboren und gebar nach Anwendung des Mittels zum ersten Mal ein lebendes, das allerdings zu früh, im 6. Monat zur Welt kam, weil sie durch schwere Arbeit die Geburt angeregt hatte.

Ebenso gebar eine andere Frau von 36 Jahren, welche das Jahr vorher im 6. Monat ein todtes Kind geboren hatte, nach dem Gebrauch des Mittels vom 4. Mon. an, täglich 15 gr., bis zu Ende, ein gesundes, lebenskräftiges Kind.

(The Liverpool Med. Chir. Journ. 2. Jul. 1857. Gaz. hébd. No. 34. 21. Aug. 1857.)

Sigmund: Ueber die Anwendung ätzender Mittel auf die innere Wand der Gebärmutterhöhle.

Nach vollzogner Aetzung, ob mit festen oder flüssigen Aetzmitteln, stellen sich nachstehende Folgen ein:

1) Vermehrte Absonderung von Schleim und Eiter, häufig mit Blut gemengt, deren Quantität sich gewöhnlich nach der Intensität der Aetzung richtet. Die zuerst abgehende Flüssigkeit ist mit Gerinnseln genannter Secrete gemischt und verstopft leicht den Cervicalkanal, welcher durch wiederholte Reinigung offen zu erhalten ist, wenn nicht krankhafte Störungen daraus entstehen sollen. Am besten erreicht man dies durch Ausspritzen mit kühlem (16—18° R.) Wasser und Einlegen eines Pressschwammcylinders in den Kanal des Scheidentheils.

2). Die Schwellung des Scheidentheils wird weniger bei festen als bei flüssigen Aetzmitteln beobachtet, um dies möglichst zu verhüten, reinigt man ihn vorher sorgfältig und befeuchtet ihn mit einer Lösung von Zinksulphat, Bleiacetat, rohem Alaun oder Tannin.

3) Blutungen kommen sehr selten in solchem Grade vor, dass sie einer besondern Behandlung bedürften.

4) Störungen in der Urinaussonderung kommen am häufigsten als Verhaltung, seltner als unfreiwilliger Abgang vor, erstere ist mit dem Katheter zu beseitigen, letztere hört in den ersten 24 Stunden von selbst auf. Gegen Harndrang nach Entleerung der Blase sind Narcotica zu geben.

5) Störungen in der Darmaussonderung. Am häufigsten tritt Verstopfung ein, die durch Klystiere, am besten durch Infus. Senn. c. Mann. oder Elect. len. beseitigt wird. Diarrhöen dauern selten lange an. Tenesmus wird am besten durch ein eingebrachtes Zäpfchen von Extr. Hyosc. oder Extr. op. aq. gehoben.

6) Die häufig eintretenden Schmerzen in der Schooss-, Hüft- und Kreuzgegend, sowie mitunter in der Nabel- und Nierengegend

weichen narkotischen Mitteln: Morphium, Extr. op. aq., Extr. Hyosc., Aq. destill. Laurocer., Extr. Cannab. indic. Sehr gut auch wirken die oben genannten Stuhlzäpfchen. Morphin ist selten anzuwenden, weil es mitunter Ekel und Brechreiz verursacht.

7) Metritis und Peritonitis folgen der Aetzung sehr selten und nur in leichterem Grade, nie tödtlich verlaufend. Gerade bei starken Aetzungen an gesunden Personen wurden sie nie beobachtet, immer nach leichtern Aetzungen bei Anämischen und Tuberculösen.

Es sind demnach die Aetzungen bei Blenno- und Pyorrhöen nur sehr beschränkt und niemals allein ohne gleichzeitige Berücksichtigung des Allgemeinleidens anzuwenden.

(Wiener medic. Wochenschrift No. 43. 24. Oct. 1857.)

Lipthay: Ein Fall von Missbildung der Geschlechtstheile.

L. Th., 21 Jahre alt, angeblich am Scheidenschleimflusse leidend, wurde am 10. December 1856 in das Bezirkskrankenhaus Wieden aufgenommen. Die Untersuchung ergab folgendes Bild der Geschlechtstheile: Haarentwickelung sehr gering, flaumig; Schamberg sehr gross, durch eine seichte Längenfurche getheilt. Die Haut mit dickem Fettpolster versehen. Im Grunde jeder Hälfte fühlte man deutlich einen haselnussgrossen, eiförmigen Körper, von denen sich ein Strang nach der äussern Leistencanalmündung zog. Diese Körper lassen sich durch die weite Leistenöffnung in die Bauchhöhle drängen, kehren jedoch wieder in ihre Lage zurück; der auf sie ausgeübte Druck verursacht ein eigenthümliches, wollüstig schmerzhaftes Gefühl. Die grossen und kleinen Schamlippen, sowie der Kitzler normal, letzterer etwas grösser. Die Harnröhrenmündung am normalen Orte. Die Scheide ist 2 Zoll lang, blind endend, weich, dehnbar, keine Spur des Uterus aufzufinden. Jene drüsigen Körper muss man wegen ihres eigenthümlichen Verhaltens für Ovarien halten und das Individuum als ein weibliches bezeichnen, wofür auch die übrige Bauart, die Entwickelung der Brüste und die monatlich auftretenden Menstruationsbeschwerden sprechen, wobei jene drüsigen Körper anschwellen und empfindlicher werden und erst nach einigen Tagen zu ihrer frühern Grösse zurückkehren.

Die Person ist geschlechtlich reizbar und hat mit einem Manne Beischlaf gepflogen und dabei Wollust empfunden.

(Oesterreichische Zeitschrift für prakt. Heilkunde. No. 33. 14. August 1857.)

L. Lehmann: **Ruptura uteri während der Geburt bei einem verengten Becken-Eingange.**

Eine 37jährige, gesunde Multipara von gewöhnlicher Statur fing den 3. Februar 1857 früh Morgens am Ende ihrer fünften, normal verlaufenen Schwangerschaft in der Gebäranstalt zu Amsterdam zu kreissen an. Nach ihrer Aussage war sie die zwei ersten Male von einem ausgetragenen, wegen Prolapsus funiculi, todten Kinde entbunden. Bei der dritten Geburt kam ein wohlgebildetes Kind lebend zur Welt, welches jedoch schon nach 6 Tagen starb. Die vierte Geburt den 17. Januar 1855 durch den Verf. in derselben Gebäranstalt beobachtet, hatte nach einer Dauer von beinahe 4 Tagen wieder ein vollreifes, todtes Kind zur Folge. Eine Verengung des Becken-Einganges wurde damals als die Ursache dieser Geburtsverzögerung aufgezeichnet. Auf dem linken Scheitelbeine des Kindeskopfes, der in einer ersten, queren Schädellage vorgelegen, war eine kleine gangräneuse Stelle bemerkbar, welche der Druck gegen das Promontorium zu Wege gebracht. Bei der Untersuchung dieser fünften Geburt zeigte der Bauch einen sehr grossen Umfang mit starker Pronation. Der Fundus uteri stand eine Hand breit über dem verstrichenen Nabel und die fötalen Herztöne wurden an der linken Seite des Unterleibes gehört. Die Vagina war weit und gut vorbereitet, das Ostium uteri 2″ geöffnet, der Kopf mit einer Blase bedeckt, lag beweglich auf dem Becken-Eingange. Die Conjugata diagonalis mass $3^3/_4$—4″, der äussere gerade Durchmesser 7″. Geringe Wehen folgten in langen Pausen auf einander, wodurch die Geburt langsam fortschritt. Den 4. Februar Morgens $6^1/_2$ Uhr sprang die grosse Fruchtblase, welche beinahe ausserhalb der Scheide zum Vorschein gekommen und war das Ostium uteri, nachdem eine grosse Menge Fruchtwasser abgeflossen, bis auf einen dicken Vorrand, völlig verstrichen. Bei den anhaltend geringen Wehen verharrte der Kopf beweglich auf dem Becken-Eingang, liess sich fest anfühlen und einen grossen Umfang vermuthen. Im Laufe des Tages machte die Geburt nur wenig Fortschritte. An dem Kopfe, der sich in der ersten Schädellage präsentirte mit der Sutura sagittalis im queren Durchmesser, hatte sich eine Geschwulst gebildet, und nur ein kleines Segment war in den Eingang getreten. Die Wehen, welche stets unbedeutend geblieben waren, hatten endlich gegen Abend gänzlich aufgehört. Der allgemeine Zustand der Kreissenden war dabei ungünstig verändert. Die Temperatur der Haut war kalt, der Puls klein und beschleunigt geworden und ein anhaltendes Erbrechen eingetreten. Der Bauch blieb selbst beim Druck unschmerzhaft, der Uterus schlaff um die Frucht zusammengezogen, die fötalen Herztöne konnten noch deutlich gehört werden. Unter diesen ungünstigen Umständen und in der Hoffnung das Leben der Frucht zu retten, wurde Abends 7 Uhr die Wendung auf die Füsse beschlossen, um sogleich

durch die weitere Extraction die Geburt zu beenden. Während die Frau ihre linke Seitenlage behielt, wurde die Operation mit der linken Hand ausgeführt, wobei das Wegschieben des grossen Kopfes vom Becken-Eingang nicht ganz ohne einige Beschwerden stattfand. Die Extraction wurde am rechten Fusse in einer zweiten Lage vollzogen, das Entwickeln der Arme gelang erst nach wiederholter Rotation des Rumpfes und das zu Tagefördern des Kopfes mit dem *Smellie*'schen Handgriff kostete noch einige Mühe. Das ausgetragene stark entwickelte Kind männlichen Geschlechts war 8½ Pfd. schwer, 55 Ctm. lang und todt, und zeigte einen Eindruck auf dem linken Scheitelbeine durch Druck des Promontorium verursacht. Nach Lösung der Placenta zog sich der Uterus gehörig zusammen, behielt jedoch einen grossen Umfang. Die Kreissende, welche ohne viele Schmerzen die Operation überstanden, fühlte sich sehr ermattet, der Puls blieb klein, die Haut kalt. Sie klagte fortwährend über Nausea und Vomitus. Durch Wein, Tinct. Cinnam, etwas Nahrung, und verschiedene andere Analeptica mit Laud. liq. Syd. versuchte man die gesunkenen Kräfte zu heben, aber der ungünstige Zustand, obschon der Uterus gut zusammengezogen blieb, wollte sich nicht bessern und den 5. Februar Morgens 5 Uhr folgte der Tod. — Die Vermuthung eines Gebärmutterrisses schon vor Beendigung der Geburt durch den Verf. ausgesprochen und durch den schleunigen Tod post partum in Folge innerer Verblutung noch mehr zur Wahrscheinlichkeit erhoben, wurde durch die Section den folgenden Tag vollständig zur Gewissheit. In der Bauchhöhle fand sich eine ziemliche Menge dünnflüssigen Blutes. Die Muskulatur des Uterus war weich, schlaff und wenig zusammengezogen. An seiner hinteren Seite oben unterhalb der linken Tuba Fallopii zeigte sich ein grosser Riss, der sich vom Corpus uteri in einer schrägen Richtung bis beinahe über das Collum ausstreckte. Daselbst hatte sich eine grosse Quantität meistentheils flüssigen Blutes ergossen. Das Parenchym der Gebärmutter zeigte sich überall erweicht, schlaff und war sehr anämisch. Die innere Oberfläche war normal und mit Velamenten bedeckt. Die Wände des Uterus waren sehr dünn, hier und da mit Serum infiltrirt. Das Uterusgewebe an der Stelle der Ruptur erschien bei der mikroscopischen Untersuchung fettreich, indem viel moleculäres Fett zwischen der Faserung verbreitet lag, die Muskelfasern schienen unvollständig entwickelt, liessen sich mit der Nadel beim Präpariren sehr leicht isoliren, ohne jedoch irgendwo eine Fettmetamorphose zu zeigen. Das Becken war im Eingange bedeutend verengt und nierenförmig, und zeigte ausserdem noch eine merkwürdige scoliotische Krümmung des Sacrum. Die Conjugata diagonalis war 4″, die vera 3″, die letzte Vertebra lumbalis weit geringer als die übrigen entwickelt, die Symphysis pubis war 2″ hoch, hierin lag hauptsächlich die grosse Differenz zwischen der Conjugata diagonalis

und vera, die beinahe einen ganzen Zoll betrug und dadurch war auch die Conjugata während des Lebens nicht so enge beurtheilt worden, als sich jetzt herausstellte. Der enge Beckenraum war bei dem grossen Umfange des Kinderkopfes für die Geburt noch nachtheiliger geworden. In diesem höchst ungünstigen Verhältnisse bei der bereits vorhandenen krankhaften Disposition des Uterus muss hauptsächlich die Ursache der Ruptur gesucht werden. Der Riss wurde, wie berichtet, in einer schrägen Richtung an der linken Seite des Uterus vorgefunden, an der Stelle, wo der Kopf gegen das Promontorium gedrückt hatte. Verf. spricht die Vermuthung aus, dass möglich schon in den letzten Monaten der Schwangerschaft durch einen fortwährenden Druck gegen diese Stelle eine entzündliche Erweichung vorbereitet worden, welche während der Geburt nach Abfluss des Fruchtwassers allmälig einen wahren Detritus verursacht und auf diese Weise eine Ruptur zu Stande kommen liess, die vielleicht durch die Wendung und Extraction noch grösser geworden ist. Der geringe Kraftaufwand der Gebärmutter vom Anfang der Geburt an, war schon ein Beweis für den krankhaften Zustand des Uterus, wie er durch die anatomische Untersuchung näher befestigt ist. Dass die Diagnose von Ruptura uteri nicht immer so leicht festgestellt werden kann, wie dieses wohl scheint, dazu liefert dieser Fall zugleich einen Beleg. Die bekannten Symptome nämlich, welche sonst im Augenblick, wo der Riss entsteht, nicht zu verkennen sind, so wie das plötzliche Verschwinden der Wehen, die vorher kräftig waren, gepaart mit einem heftigen lauten Schrei, die kalten Extremitäten, der Collapsus, die Lipothymie, die Pulslosigkeit, das Zurückweichen des vorliegenden Kindestheiles, die Hämorrhagia interna wurden nicht beobachtet und werden auch wohl in den meisten derartigen Fällen fehlen, wo ein localer Entzündungprocess mit Erweichung die Ruptur begünstigt, welche durch Detritus allmälig zu Stande kommt und wodurch wenigstens während der Geburt auch nur eine mässige innere Verblutung stattfinden kann.

(Verhandelingen van het Genootschap ter bevordering der Genees en Heelkunde te Amsterdam II. Deel. II. Stuk. Amsterdam 1857. P. 210.)

Deutsch: Extraperitonäalabscess in der Regio pubis. Langwieriger Verlauf. Oeffnung nach aussen. Heilung.

F. F., eine 32jährige, tuberculöse Frau, fühlte am 9. Tage ihres sonst regelmässig verlaufenen 6. Wochenbettes einen geringen Schmerz über der rechten Seite des Schamberges, der 14 Tage hindurch unverändert besteht. Erst in der 3. Woche tritt unter Fieberbewegung Vermehrung des Schmerzes ein und man findet in dieser Gegend eine $1\frac{1}{2}$ Quadratzoll haltende, derbe und feste, beim Druck schmerzende Geschwulst, mit unveränderter Färbung

der Oberhaut. In aufrechter Stellung nimmt der Schmerz zu, sich nach der Linea alba verbreitend. Eine kräftige Antiphlogose ändert nichts im Befinden. Erst nach 5 Wochen bildet sich ein Abscess nach aussen, der geöffnet eine grosse Menge ichorösen, zuerst sehr dickflüssigen Eiters entleert und hierauf schnell zur Heilung gelangt, mit Zurücklassung einer unangenehmen Spannung in den Bauchdecken bei aufrechter Stellung.

(Medicinische Zeitung Preussens No. 2. 1857.)

XVI.

Literatur.

Wien bei *W. Braumüller* 1857: Lehrbuch der Geburtshülfe mit Einschluss der operativen Therapeutik, der übrigen Fortpflanzungs-Functionen der Frauen und der Puerperalprocesse. Von Dr. *Carl Braun*, Professor der Geburtshülfe u. s. w. in Wien. XXIV. u. 1014 Seiten. 8.

Lehrbücher von Universitätslehrern geschrieben können einem doppelten Zwecke dienen: sie sollen den mit der vorgetragenen Wissenschaft noch unbekannten Schüler in dieselbe einführen, oder sie sind für diejenigen verfasst, welche mit dem Fache bereits vertraut sind und sich nun durch Selbststudium weiter fortbilden wollen, wozu wir selbst diejenigen rechnen, welche bereits in die Praxis überzugehen angefangen haben, und sich in zweifelhaften schwereren Fällen in ihrem Buche Raths erholen wollen. Legen wir diesen Massstab an vorstehendes Lehrbuch, so müssen wir es in die Reihe der letzteren stellen: dazu berechtigt es nicht allein der grosse Umfang, sondern auch die ganze Darstellungsweise der einzelnen Lehren, die nicht für Anfänger berechnet sein kann. Schon die reichhaltig benutzen Quellen der einheimischen und fremden Literatur, die vorgetragenen wichtigeren Meinungsverschiedenheiten, wie sie sich im Buche finden, würden für den Anfänger das Verständniss sehr erschweren, während dem mit der Geburtshülfe bereits Vertrauten dergleichen Darstellungen nur interessant und anziehend sein müssen, zumal ein solcher das Vorgetragene mit einer sich selbst gebildeten Kritik lesen kann. Wenn daher der Verf. in seinem kurzen Vorworte sein Werk als einen Leitfaden für akademische Vorlesungen bezeichnet, so möchten wir sehr bezweifeln, dass dasselbe zu einem solchen dienen könne, da es in der That so ausführlich und weitläuftig abgefasst ist, dass wir kaum wüssten, was dem mündlichen Lehrvortrage noch übrig bliebe, eine Eigenschaft, die das Buch also von

selbst der zweiten Classe unserer Lehrbücher, wie wir oben gesagt, zuführt. Wir können uns auch ferner nicht von dem Glauben los machen, dass ein Lehrbuch der Geburtshülfe für Studirende, ausserdem, dass es compendios geschrieben sei, auch seine Grenzen genau einhalten müsse; dass aber diese gerade diejenigen sind, welche eben in alle neusten Lehrbücher mit hineingezogen werden. Die eigentliche Geburtshülfe gehörig bearbeitet und in ihren einzelnen Capiteln nach allen Seiten hin richtig beleuchtet, bietet wahrlich Stoff genug dar, um ein Lehrbuch würdig zu füllen, und es bedarf nicht der weiteren Herbeiziehung solcher Lehrgegenstände, die strenge genommen nicht mehr ins Bereich der eigentlichen Geburtshülfe gehören. In dieser Beziehung steht uns immer noch das *Naegelé-Grenser*'sche Lehrbuch (4. Aufl. 1854) als höchstes Muster da, welches die Grundsätze der Geburtshülfe in der fasslichsten Ordnung und der passendsten Darstellungsweise mit genauer Absteckung der Grenzen vorträgt. Hat sich nach diesem der Studirende gehörig unterrichtet, dann gehe er an die grösseren Lehrbücher der neusten Zeit, dann lese er die ausführlichen Werke von *Scanzoni*, *Hohl* und *Braun*, dann lese er die gynäkologischen Arbeiten von *Kiwisch*, die französischen Werke von *Caseaux* und *Chailly*, und der Nutzen für ihn wird nicht ausbleiben, während ihm, beginnt er mit einem der letztern, sein Studium ungemein erschwert wird. Doch wir entfernen uns von unserm Zwecke, eine kurze Darstellung des obigen Lehrbuchs zu geben und kehren zu diesem zurück. Den Standpunkt aber haben wir bereits angegeben, auf welchen wir glauben, dass sich der Verf. bei der Abfassung seines Lehrbuchs gestellt hat: wir müssen diesen festhalten, damit das Urtheil über das Werk selbst ein richtiges werde.

Die erste Abtheilung trägt die Ueberschrift Physiologie und Diätetik der weiblichen Fortpflanzungsorgane. Der erste Abschnitt handelt von der Anatomie und Physiologie derselben. 1. Capitel. Vom weiblichen Becken-Skelet. Nähere Beschreibung der Beckenknochen. Beckenbänder §. 6. Der Vf. führt die Meinung *Luschka's* an, welcher die Hüftkreuzbein- und Schambeinfuge für wahre Gelenke erklärt, indem dieselben überknorpelte freie Gelenkenden, eine Synovialmembran, eine Gelenkhöhle und Verstärkungsbänder besitzen. Man muss dieser Ansicht durchaus beitreten: die bisher genannten Synchondroses sacro-iliacae sind unbezweifelt Gelenke, und die Schambeinfuge zeigt wenigstens den Uebergang von der Synchondrose zum Gelenke.

Das zweite Capitel: allgemeine und geburtshülfliche Beurtheilung des Beckens: darunter versteht der Vf. die Eintheilung des Beckens in geburtshülflicher Beziehung, grosses und kleines Becken (warum nicht richtiger oberes und unteres?), Neigung, Durchmesser u. s. w.

Im dritten Capitel, das Becken lebender Frauen, sind die

Weichtheile des Beckens näher geschildert, darunter auch Harnblase und Harnröhre, so wie Intestin. rectum. Als Gewährsmann für die einzelnen Darstellungen ist *Hyrtl* genannt.

Das vierte Capitel setzt die anatomischen und physiologischen Charaktere der weiblichen Geschlechtsorgane auseinander, und ist mit besonderem Fleisse gearbeitet, überall den neueren Forschungen folgend.

Der zweite Abschnitt, überschrieben: Physiologie und Diätetik der Menstruation erläutert § 31 das Wesen der Menstruation, welches in der allmäligen Heranreifung des Eichens im Eierstocke, in einer Füllung und Hyperämie einzelner *Graaf*'schen Bläschen, in der Dehiscenz und Entleerung des Inhaltes derselben, in der Aufnahme des Eichens von den Eileitern und in der Bildung eines Corpus luteum besteht. Als Nebenerscheinungen sind hingegen die periodisch wiederkehrenden blutigen Vaginalausscheidungen zu betrachten *(Bischoff.)* Die menstruale Hyperämie erstreckt sich ausser den Ovarien besonders noch auf den Gebärmutterkörper und Grund, in welchem nebst der Muskelschicht besonders die Schleimhaut anschwillt, sich auflockert, zottig wird, zwei bis drei Linien breit sich verdickt, die Utriculardrüsen sich stark entwickeln und eine reiche Epithelialentwickelung erfolgt, die sich zuweilen derart steigert, dass die Schleimhaut selbst in Lappen sich loslöst, unter Schmerzempfindungen bisweilen ausgestossen wird und dann bei näherer Besichtigung das siebähnliche Ansehen der Decidua vera darbietet, woher auch die Benennung Menstrual-Decidua rührt. — Das zweite Capitel enthält die Diätetik der Menstruation.

Der dritte Abschnitt handelt die Physiologie und Diätetik der Befruchtung ab. Im Ganzen ein für ein Lehrbuch der Geburtshülfe überflüssiges Capitel, welches nach *Froriep's* und *Osiander's* Lehrbüchern, die es noch hatten, verschwand, aber in der neusten Zeit durch *Kiwisch* und seine Anhänger wieder eingeführt wurde: Definitionen des Coitus, Erörterungen über die Spermatozoiden u. s. w. sind so von den Geburtshelfern in ihre Lehrbücher mit aufgenommen worden, als wenn der Geburtshülfe Studirende durch die Vorlesungen der Physiologie, die ihn doch für seine weiter zu hörenden Fächer vorbereiten mussten, über alle diese Dinge nicht belehrt worden wäre. Uns fallen immer dabei die Worte eines der geistreichsten längst verstorbenen Lehrers der Geburtshülfe ein, welche derselbe einst gegen uns äusserte: „der Geburtshelfer hat mit dem Fabrikwesen nichts zu schaffen, er hat nur das Speditionsgeschäft zu besorgen.“ Wir haben nichts dagegen, wenn der Lehrer auf dem Katheder über diese Dinge erinnerungsweise mit seinen Schülern spricht: aus einem Lehrbuche sollen sie aber wegbleiben.

Der vierte Abschnitt begreift die Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft in sich. Im §. 44 die Eintheilung der

Schwangerschaft betreffend, hätten wir die Graviditas praecox weggewünscht: als solche wird bezeichnet, wenn ein vollkommen ausgebildetes und reifes Kind vor 40 Wochen geboren wird: es muss also erst geboren sein, ehe die Diagnose feststeht, dann ist aber die Schwangerschaft vorüber, und wir haben es mit Partus praecox zu thun. — Das 1. Capitel handelt die Physiologie der Entwickelung des befruchteten Eies ab. Zuvörderst §. 46 die Veränderungen des Eies im Uterus im ersten Monate: abermals Wiederholungen aus der Physiologie, dazu §. 47 *Engel's* Theorie der Entwickelung des Thiereies über 5 Seiten einnehmend. Dann §. 48 die Deciduabildung der Uterinschleimhaut nach geschehener Befruchtung. Verwerfung der alten Einstülpungshypothese, die aber nicht von *Hunter*, sondern von *Bojanus* herrührt, wie den Verf. eine Einsicht in das grosse Hauptwerk des ersteren hätte belehren können, wo auf der berühmten letzten, so oft copirten Tafel, schon die Ansicht allein den Gedanken an Einstülpung verscheucht. Dann die Charaktere eines Eies in den verschiedenen Schwangerschaftsmonaten. Hinsichtlich der Lebensfähigkeit adoptirt der Verf. *Hohl's* Ansicht, dass in der Regel nur Früchte im 9. Lunarmonate, also im Alter von 32 Wochen am Leben bleiben können. Dann erläutert der Verf. das reife Ei in allen seinen Bestandtheilen. An der reifen Placenta kann man mit freiem Auge die sogenannte grosse Kranzvene erkennen. Bei den §. 57 angegebenen Charakteren der reifen Frucht bemerkt der Verf. dass es grundfalsch sei, aus einer Differenz der obern und untern Körperhälfte einen Schluss über die Reife eines Kindes sich zu erlauben: der Verf. stimmt nach zahlreichen Messungen den Ansichten von *Moreau*, *Scanzoni* u. And. vollständig bei, dass eine vom Scheitel zum Nabelring gezogene Linie in der Regel bei reifen Kindern um 1—2 Zoll länger ist, als ein vom Nabelring zur Ferse genommenes Mass und dass nur ausnahmsweise beide Masse sich gleichkommen. Beiläufig wollen wir bemerken, dass die pag. 73 angeführten Apparate von *Stein*, *Osiander* und *v. Siebold* sich weniger auf die Gewinnung der Dimensionen des kindlichen Kopfes beziehen, als dass vielmehr das Gewicht mit denselben erforscht werden soll, daher sie doch so entbehrlich nicht sind, wie der Verf. meint: denn mit welcher Wage will der Verf. das Gewicht des Neugeborenen bestimmen? Eine blosse Krämerwage genügt dazu nicht. Von §. 59 an werden die Functionen des Fötus abgehandelt: Ernährung, Circulation, Function der Placenta, und die Secretionen. Der Vf. bemerkt aus seiner Erfahrung, dass in zahlreichen von ihm beobachteten Fällen mit vollständiger Nabelschnur-Compression stets capilläre oder meningeale Apoplexie des Gehirns, Hyperämie oder Apoplexie in die Substanz oder in die *Petrequin*'sche Kapsel der Leber erfolgt. Hinsichtlich der Einflüsse der Mutter auf den Fötus führt der Verf. nach seiner Erfahrung an, dass, wenn die Mutter im

Momente des Zeugungsactes secundär syphilitisch war, den Fötus dieselbe Krankheit ereilt. Ist aber die syphilitische Infection nach der Zeugung erst erfolgt, und sind die secundären Symptome erst in der Schwangerschaft eingetreten, so wird die Frucht in der Regel nicht heimgesucht. Die dem Versehen im gemeinen Leben gewöhnlich zugeschriebenen Missbildungen des Fötus können im concreten Falle gewöhnlich auf folgende Ursachen zurückgeführt werden: 1) Gemüthsaffecte können durch die dabei im mütterlichen Organismus vorkommenden Störungen allerdings Hemmungsbildungen des Fötus veranlassen, die aber nur zufällig eine Aehnlichkeit mit dem Gegenstande des Affectes haben können *(Rokitansky)*. 2) Mechanische äussere Einwirkungen sind eine nicht seltene Veranlassung zur Entstehung von Missbildungen, die irriger Weise früher dem Versehen zugeschrieben wurde. 3) Krankheiten des Fötus, besonders Wassersucht, sind häufige Ursachen der Missbildungen. 4) Es kann aber auch nach *Wolf*, *Tiedemann* und *Meckel* eine Hemmungsbildung die Ursache einer Missbildung und eines sogenannten Versehens sein, wobei der Grund hierzu entweder schon im Keime oder in einer der oben genannten Ursachen sein kann. — Um die Lage des Fötus zu erklären, müssen ausser dem Gesetze der Schwere für die so häufigen Kopflagen auch noch die mechanischen Verhältnisse zwischen der Form der Gebärmutter und der Frucht so wie die Reflexactionen *(Simpson)* des lebenden Fötus in Betracht gezogen werden. — Im §. 66, der mehrfachen Schwangerschaft gewidmet, erklärt der Verf., dass die Superföcundation physiologisch nicht zu beweisen sei; dass sie aber möglich sein könne, indem die Spermatozoiden von einer zweimaligen in sehr kurzer Zwischenzeit erfolgten Begattung zwei verschiedene Eichen in den Eileitern befruchten könnten. Alle Fälle von sogen. Superfötation aber lassen sich von einem anomalen Verlauf einer Zwillingsschwangerschaft herleiten, ohne einen Rückschluss auf zwei von einander weit abstehende Befruchtungszeiten zu erlauben.

Das zweite Capitel bringt die Symptomatologie im Organismus der Mutter. Zuerst ist von der Metamorphose des Uterus die Rede: Form, Lage, Direction, Volumen, Dicke der Wandung, Textur werden berücksichtigt; sehr wahrscheinlich findet auch Neubildung der Nerven statt; die auffallendsten Veränderungen erleiden die Gefässe und auch das Peritonäum nimmt an Ausdehnung und Dicke zu. Dann spricht der Verfasser von der Metamorphose der Vagina, der Hypertrophie des Papillarkörpers, der bläulichen Färbung ihrer Oberfläche, der reichlichen Secretion, Auflockerung, Hyperämie und Lageveränderung. Die mikroscopischen Eigenschaften des Vaginal- und Cervicalschleims sind nach *Kölliker* und *Scanzoni* abgehandelt. Dazu noch die Veränderungen an den äussern Genitalien, in den Ovarien (Corpus luteum) und Brüsten. Dann die Veränderungen an der Haut,

welchen indess kein grosser Werth beigelegt wird, Veränderungen im Nervensysteme, Blute und Harne: Dislocation mancher Organe und Lockerung der Schamfugen- und Hüftkreuzbein-Gelenke.

Im dritten Capitel die physikalische Diagnostik der Schwangerschaft. Der Verf. giebt eine genaue Anleitung zur Untersuchung und reiht daran im 4. Capitel die Dauer und Berechnung der Schwangerschaft. — Im 5. Capitel folgt die Bedeutung der einzelnen Schwangerschaftszeichen, im 6. ein synoptischer Ueberblick der einzelnen Schwangerschafts-Epochen, von welchen der Verf. 3 Trimester und einen Lunarmonat, den 10., angenommen. — Im 7. Capitel und den folgenden Diagnose der ersten und wiederholten Schwangerschaft, der Zwillingsschwangerschaft; Diagnose des lebenden und todten Fötus; die differentielle Diagnostik der Uterinschwangerschaft und der pathologischen Unterleibsgeschwülste. Die Diätetik der Schwangerschaft beschliesst diesen Abschnitt.

Der 5. Abschnitt handelt von der Physiologie und Diätetik der Geburt. Zuerst schildert der Verf. die Physiologie der Wehen. Er sucht die Ursachen der Geburtsthätigkeit am Ende der Schwangerschaft in dem Gesetze der typischen Thätigkeit des menschlichen Organismus im Allgemeinen. Besonders trägt aber die auch während der Schwangerschaft typisch wiederkehrende menstruale Hyperämie bei, die höchste Reizempfänglichkeit der sympathischen Nerven herbeizuführen. Diese wird gleichzeitig auch dadurch veranlasst, dass der Uterus in den letzten 8 Wochen an Masse nicht mehr zunimmt, die Frucht mit ihren Anhängen stätig wächst, dadurch ein Reiz auf die innere Fläche des Uterus entsteht und durch diese zunehmende mechanische Ausdehnung auch die elastische Kraft der Uterusfasern beträchtlich sich vermehrt, bis sie die Fähigkeit erlangt durch energische Zusammenziehungen den ihr geleisteten Widerstand zu überwinden. Die Gefässlumina werden durch die Uteruscontractionen verengt, die Circulation in denselben unterbrochen, und dadurch Blutstauungen in der Placenta und den Beckengefässen, so wie Störungen in der Fötalcirculation veranlasst. Durch die Contractionen wird die dem Muttermunde zunächst liegende Partie des Eies zuerst gelöst und nach Verminderung des Inhaltes schreitet dann die Lösung der Eihäute und der Placenta von unten nach aufwärts fort. Nach Ausstossung seines Inhaltes ziehen sich die Muskelfasern des Uterus kräftig zusammen, bis die vordere und hintere Wand desselben sich fast gegenseitig berühren und die Residuen durch Contractionen des Scheidenrohrs nach aussen befördert werden. Der vorzüglichste Sitz der Wehenthätigkeit ist nicht in den Spinalnerven, sondern im sympathischen Nervensysteme zu suchen. — Hinsichtlich der Geburtsperioden nimmt der Verf. eine Eröffnungs- und Erweiterungsperiode; eine Austreibungs- und eine Nachgeburtsperiode an, welche er näher schildert. — Das 5. Ca-

pital behandelt die Mechanik und Diätetik der Geburt im Allgemeinen und der Scheitelbeinlagen im Besondern. Im 6. Capitel Mechanik und Diätetik der Gesichtslagen. Der Verf. bemerkt dabei nach seiner grossen Erfahrung an der Wiener Gebärklinik, dass er niemals eine Gesichtslage mit dem Kinn über den Damm und mit der Stirn unter der Schamfuge durchschneiden gesehen, aber die Umwandlungen der Gesichts- in Scheitelbeinlagen oder auch in Mittellagen (Stirngeburten), so wie die sichtbare, verspätete innere Rotation des Gesichtes in einem Halbkreise wurde öfters beobachtet. Bei der Behandlung der Gesichtslage hält der Verf. die Seitenlage der Gebärenden für passend, und zwar ist dieselbe auf die Seite zu legen, in welcher die Füsse und das Kinn gefunden werden. — Hierauf geht der Verf. die Beckenendelagen durch, wobei wir uns freuen, dass er die zwei Stellungen danach bestimmte, je nachdem der Rücken der Frucht in der linken oder rechten Uterushälfte sich befindet, eine Annahme, die wir längst verfochten haben. S. unter and. neue Zeitschrift für Geburtsk. 26. Bd. S. 178. Hinsichtlich der Aetiologie zieht der Verf. aus statistischen Ueberblicken den Schluss, dass die Beckenendelagen desto häufiger vorkommen, je weiter und runder die Uterushöhle, je beweglicher die Frucht, je früher die Geburt eintritt und je früher der Fötus abstirbt. — Endlich 8. Capitel die Geburten mehrerer Kinder. Ueber die verschiedenen Lagen der Zwillinge theilt der Verf. nach seinen Beobachtungen eine siebenfache Combination nach folgender Scale mit:

Lage des ersten,	des zweiten Zwillingskindes	
1. Scheitelbeinlage	Scheitelbeinlage	38%
2. Scheitelbeinlage	Beckenendelage	29%
3. Beckenendelage	Scheitelbeinlage	11%
4. Scheitelbeinlage	Querlage	6%
5. Beckenendelage	Querlage	6%
6. Beckenendelage	Beckenendelage	3%
7. Querlage	Scheitelbeinlage	4%.

Als abweichenden Mechanismus bei Zwillingsgeburten giebt der Verf. mit, beide Früchte präsentiren sich abwechselnd am Beckeneingange, weshalb dann mehrmalige Untersuchungen verschiedene Befunde ergeben: dann berstet die Fruchtblase des einen Kindes, dieses wird geboren, dann folgt das zweite. 2) Beide Früchte präsentiren sich abwechselnd, das Fruchtwasser von beiden Früchten fliesst gleichzeitig ab, das erste Kind wird in Kopflage geboren, das zweite trifft man in einer Gerad- oder Querlage an. 3) Beide Früchte präsentiren sich auf dem Beckeneingang, das Fruchtwasser beider fliesst gleichzeitig ab, aber das Beckenende des einen Kindes tritt zuerst herab, der Rumpf wird theilweise geboren, der Kopf des zweiten Kindes tritt theilweise mit dem Rumpfe des ersten in den Beckeneingang und verursacht dann der Geburt des zurückgehaltenen Kopfes des ersten Kindes

unübersteigliche Hindernisse. 4) Blasensprung des zweiten Kindes vor dem des ersten. 5) Geburt der Placenta des ersten Kindes vor dem Blasensprunge des zweiten.

Den Rest dieser ganzen ersten Abtheilung füllt die Beschreibung des Wochenbettes aus, woran die Physiologie und Behandlung des Neugebornen gereiht ist.

Die zweite Abtheilung, Pathologie und Therapie der weiblichen Fortpflanzungs-Functionen, beginnt mit der weiblichen Unfruchtbarkeit (ist wohl Pleonasmus!), welche zwei grosse Capitel einnimmt. Dann folgen im 2. Abschnitte 1. Cap. Entwickelungsfehler der Genitalien. 2) Stenosen und Atresien des Uterus, der Vagina und Vaginal-Ostium's. 3) Die Versionen und Inflexionen des Fruchthalters. 4) Vorfall des Uterus und der Scheide. 5) Umstülpung. 6) Die Hernien des Uterus, der Scheide und der äusseren Genitalien. 7) Die Entzündung des Uterus und seiner Umgebung. 8) Organisirte Neubildungen: Ovariencysten, Fibroide des Uterus, Polypen, Carcinom und Cancroid. Im 9. Capitel handelt der Vf. von der pathologischen Wehenthätigkeit: *a*) Wehenschwäche; *b*) Excess der Motilität des Uterus. Hier die Krampfzustände, bei deren Behandlung die Chloroform-Inhalationen nach dem Verf. den vorzüglichsten Rang einnehmen. Er bespricht hier die Anästhesirung überhaupt ausführlich und giebt für ihre Anwendung 18 Indicationen an. 10. Cap. Ruptur der Geschlechtstheile: Uterusruptur: Continuitätstrennungen der Scheide und des Damms. — Im 11. Capitel hat der Verf. die pathologische Anatomie der Beckenmissstaltungen abgehandelt, wobei er folgende Eintheilung gewählt:

A. Missstaltungen des weiblichen Beckens, bedingt durch eine allgemeine oder örtliche Erkrankung der Knochentextur. I. Rhachitis. 1) Allgemeine Kleinheit des Beckens. 2) Das querelliptische oder schwach rhachitische Becken. 3) Das nierenförmige oder eigentlich rhachitische. 4) Das achter- oder bisquitförmige Becken. 5) Das schiefe, asymmetrische oder atrophisch-rhachitische Becken. 6) Das schräg ovale Becken rhachitischen Ursprungs. 7) Die flachen (seichten) und 8) die bauchigen (tiefen) rhachitischen Becken. 9) Die gerad elliptischen Becken in Beziehung zu Rückgratskrümmungen. 10) Die dreiwinklige Missstaltung des rhachitischen Beckens. — II. Osteomalacie (Rhachitis und Osteomalacie sind unserm Verf. mit *Rokitansky*, *Virchow* und And. gegen *Hohl* und *Scanzoni* zwei differente Krankheitsprocesse). III. Pseudoplasmen und Entozoen (Carcinom, Tuberkel, Caries, Sarcom, Enchondrom, Echinococcus). IV. Knochenbrüche. *B.* Missstaltungen bedingt durch Krankheiten der Beckengelenke. I. Erkrankung der Sacrolumbalsynchondrose (Spondylolisthesis, Hypertrophie des Zwischenwirbelkörpers, Synostose des Querfortsatzes des letzten Lendenwirbels mit dem Kreuzbeinflügel, starkes Vorspringen des Vorbergs). II. Missstaltungen durch Erkrankung

der Synchondrosis sacro-iliaca. 1) Das querverengte oder synostotische Becken. 2) Das querverengte Becken ohne Synostose. 3) Das schräg-ovale (*Naegele*'sche) synostotische Becken. III. Missstaltungen durch Erkrankung der Schambeinfuge und des Steissbeingelenkes (Synostose, Auflockerung, Osteo-Diastasis, angeborner Mangel). IV. Missstaltung durch Erkrankung eines oder beider Hüftgelenke. 1) Das coxalgische (coxarthrocacische) Becken mit einem symmetrischen, schiefen oder schräg-ovalen Beckeneingang. 2) Osteophytenbildung. *C.* Missstaltungen, unabhängig von Erkrankung der Knochentextur und der Gelenke des Beckens. I. Exostose, Enostose, Akanthopelys. II. Allgemein zu weite, zu enge, theilweise zu weite, zu enge, trichterförmige, umgekehrt trichterförmige Becken. Als Anhang fügt der Verf. hinzu: Verwechslung der Harnblasensteine mit Becken-Enostosen. Nach dieser Eintheilung hat der Verf. die Beckenabnormitäten geschildert und darauf die Beckenmessung folgen lassen. (Pag. 429 findet sich das barbarisch gebildete Wort: Iterocyesis, wiederholte Schwangerschaft, wie denn der Verf. es liebt, überall griechische Benennungen vorzubringen, wovon wir den Nutzen nicht recht einzusehen vermögen: wir halten es im Gegentheile für Gewinn, dass jene das Studium sehr erschwerende Nomenclatur, alle Begriffe mit griechischen oft sehr übel gewählten Wortbildungen auszudrücken, noch nicht so allgemein in unserer Geburtshülfe festen Fuss gefasst habe, wie solche in der Neuzeit in andern Wissenschaften üblich geworden, und wobei nota bene sich jeder Schriftsteller nach seinem Gutdünken und seinen Ansichten ein anderes Wort mit Hülfe des Lexicons zusammengesetzt hat: aus vorliegendem Lehrbuche könnte man schon ein recht artiges kritisch-etymologisches Wörterbuch zusammenschreiben, so sehr gehäuft sind die griechischen Benennungen.) Der Verf. spricht weiter von den Folgezuständen und der Prognose der Beckenmissstaltungen, und trägt dann die Therapie derselben vor. Sehr richtig stellt der Verf. den Satz an die Spitze: „die Behandlung hat nicht bloss auf den Grad der Beckenverengerung, sondern besonders auch auf die höhere und niedere Ausbildung der Frucht, auf vor-, früh- oder rechtzeitigen Eintritt der Geburt, auf die Lage, Stellung, Haltung und das Leben der Frucht, auf die Härte, Grösse und auf das Accomodationsvermögen des kindlichen Kopfes, auf die physiologische oder pathologische Wehenthätigkeit und auf den Gesundheitszustand der Schwangern oder Gebärenden sorgfältig Rücksicht zu nehmen." Mit sehr lobenswerther Gründlichkeit ist das Einzelne durchgegangen, das Für und Gegen der verschiedenen Operationsweisen erörtert und schliesslich noch auf den künstlichen Abortus Rücksicht genommen. Dieser kann vom wissenschaftlichen Standpunkte gerechtfertigt werden: 1) wenn eine absolute Indication des Kaiserschnittes beim Eintritte der rechtzeitigen Geburt mit Bestimmtheit vorauszusehen ist. 2) Wenn

die Schwangere im Vorhinein nach reiflicher Ueberlegung das Abwarten des Kaiserschnittes ablehnt. 3) Wenn der körperliche Gesundheitszustand der Art geschwächt ist, dass der Erfolg des Kaiserschnittes höchst wahrscheinlich ungünstig sein wird. 4) Wenn an die Perforation und vollendbare Extraction eines reifen oder der Reife nahen Kindes gar nicht gedacht werden kann. Verwerflich bleibt der künstliche Abortus aber immer, wo todte Kinder durch die Perforation oder durch die Zange von derselben Schwangeren schon geboren wurden, und keine hochgradige Beckenverengerung durch Exostosen, Osteomalacie, Pseudoplasmen erst nachträglich entstanden ist. — Das 12. Capitel bringt die urämische Eclampsie der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, welche der Verf. bereits früher in der mit *Chiari* und *Spaeth* herausgegeb. Klinik der Geb. u. Gynäk. Erlangen 1855 näher gewürdigt hat. Der Verf. setzt hier auseinander, dass ein acuter Morb. Bright. und urämische Intoxication des Blutes die Ursache und nicht die Folge der Eclampsie sei. Lebensgefährlich ist die Eclampsie für die Frucht: die Todesursache sucht der Verf. meistens in dem Uebergange der Ammoniakcarbonate in den Fötuskreislauf. Ausführlich geht der Verf. die Differenzial-Diagnose der urämischen Eclampsie und anderen Motilitätsneurosen durch, so die hysterischen, epileptischen Convulsionen, die apoplectischen, die von Encephalitis herrührenden Convulsionen, die Eclampsia toxica, wobei der Verf. fast das ganze Alphabet zur Bezeichnung der Unterabtheilungen benutzt hat, als: Plumbismus, Stibismus, Arcenicismus, Oxalysmus, Hydrocyanismus, Alcoholismus, Conicismus, Nicotismus, Aconitismus, Colchicismus, Atropismus, Phosphorismus, Morphinismus, Ergotismus, Botulismus, Echidismus (Vergiftung durch Otternbiss), welche letztere wohl, wie der Vf. sagt, kaum mit Eclamps. puerp. verwechselt werden kann. Prognose, stets lebensgefährlich: 30 proc. lethal. Die Prophylaxis besteht in der medicinischen und geburtshülflichen Behandlung des Morb. Bright. während der Schwangerschaft. So lange noch keine Symptome der Urämie eingetreten sind und keine Lebensgefahr besteht, soll grundsätzlich bei einem Morb. Bright. nicht an die künstliche Frühgeburt gedacht werden. Wenn aber die Dauer des Leidens, die Heftigkeit der Albuminurie, die Menge des cylindrischen Gerinnsels, eine hochgradige Hydrämie, massenhafte hydropische Anschwellungen mit lebensgefährlichen Störungen der Functionen des Herzens, der Lunge, des Gehirns u. s. w. eine tiefe und fortschreitende Nierendegeneration besorgen lassen, so ist es rationell zur künstlichen Frühgeburt zu schreiten. Die medicinische Behandlung des Morb. Bright. hat zur Hauptaufgabe, die Reflexerregbarkeit nach Möglichkeit zu vermindern, die Paroxysmen zu schwächen, um die Gefahren zu mässigen und um Zeit zu gewinnen, ein rationelles Verfahren anzubahnen. Alle Erwartungen übertreffende Resultate hat der Verf. vom Chloro-

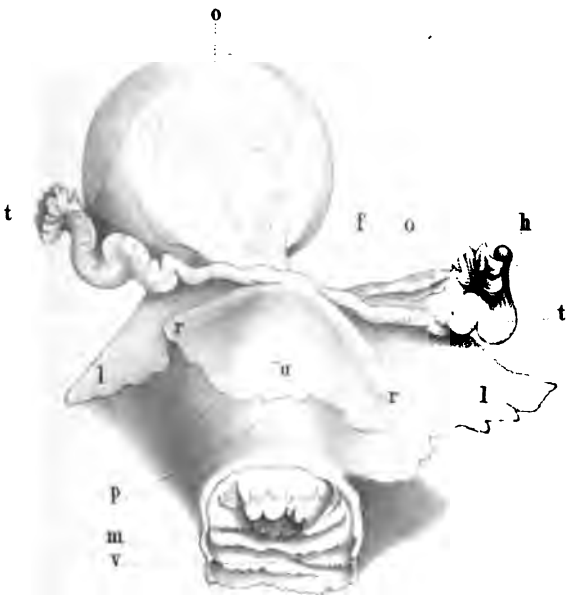
form erfahren. In 16 damit behandelten Fällen folgte stets vollkommene Genesung. Im Intervalle der Anfälle wird zur directen Heilung der Urämie geschritten: entweder flor. Benz. 5—10 gr. p. d., Citronensaft, oder eine Lösung von Weinsteinsäure (nicht Weinsäure, wie verdruckt steht), esslöffelweise mit Eiswasser, worauf bald starke Diurese. Dabei Eisüberschläge auf den Kopf, kalte Bespritzungen, kaltes Sturzbad. Allgem. Blutentleerungen wirken leicht nachtheilig. Opium dann, wenn Chloroform und Säuren nicht rasch und anhaltend genug wirken, die Entbindung vorüber ist und die Anfälle noch fortdauern. Hinsichtlich der geburtshülflichen Behandlung: Entbindung, sobald der Kopf zangengerecht steht: bei vorgeschrittener Eröffnungsperiode Sprengung der Eihäute, im Nothfalle Digitaldilatation, dann Zange: die Wendung auf die Füsse nur da, wenn gleichzeitige Beckenverengerung oder ein vom Kinde ausgehendes Missverhältniss besteht. Bei den Eclampsien im Anfange der Eröffnungsperiode Tampon: dagegen ist das Accouchement forcé in der Neuzeit fast ganz verlassen worden. — Das 13. Capitel bespricht den Einfluss verschiedenartiger Krankheiten auf den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt, so der Chlorose, des Icterus, der Syphilis u. s. w. — Im 14. Capitel folgt die Graviditas extrauterina. Pag. 557 ist das Steinkind von *Leinzell* erwähnt: zur Schrift von *Kieser* hätte noch die ältere Abhandlung von *Camerarius* Tüb. 1720 de foetu XLVI. annor. citirt werden können, da diese zuerst das genannte Lithopaed. beschreibt und abbildet. Hinsichtlich der Behandlung in der zweiten Hälfte bei Abdominalschwangerschaften hält der Verf. mit Recht die expectative Methode für das rationellste Verfahren. Er hebt aus der Literatur des letzten Lustrum's nur 20 Fälle von „Paracyesis" hervor: 11 Fälle endeten nach Verödung des Eies ohne Elimination, 8 Fälle nach Abscessbildung und Elimination der Frucht, somit 19 Fälle mit Genesung und nur in einem Falle erfolgte der Tod. Diese Fälle sind alle im Auszuge mitgetheilt. — Das 15. Capitel enthält die Geburtsstörungen durch Missbildung, Krankheit, Verletzung und Tod des Fötus. In der Darstellung sämmtlicher Anomalien der Organisation des Fötus ist der Verf. dem Systeme *Rokitansky's* gefolgt. Interessant sind die Beobachtungen über spontane Amputationen, welche nach dem Vf. durch abschnürende Ligamente entstehen können, die ihren Ursprung wieder in einer anomalen Faltung und fortschreitenden Metamorphose des Amnion nehmen. Dazu die interessante Abbildung eines in Wien 1852 vorgekommenen Falls, den Ref. bei seiner Anwesenheit in Wien mit dem Verf. beobachtete. In §. 294 bespricht der Verf. die Rechtsverhältnisse der Missbildungen. §. 295. Diagnose und Behandlung des Hydrocephalus congenitus. — Das 16. Capitel handelt von der fehlerhaften Lage und Haltung der Frucht. Mit *Boër* (so schrieb sich der berühmte Landsmann des Verf. wenigstens in der zweiten Hälfte seines Lebens, nicht

Boer), nimmt der Verf. mit vollem Rechte beim reifen Fötus nur die Schulterlage an. Allenfalls kann man noch eine seitliche Rückenlage annehmen, wenn sich die Rippen mit der Wirbelsäule am Beckeneingange lagern. Hier spontane Entwickelung, spontane Wendung u. s. w. — Das 17. Capitel handelt von dem fehlerhaften Verhalten der Nabelschnur, dem Vorfalle, den Umschlingungen, den Knoten, der Zerreissbarkeit (muss doch wohl heissen „Zerreissung" p. 617), der Kürze, den Stenosen und Atresien. — Das 18. Capitel ist der Pathogenese und Therapie der Placentarkrankheiten und der Metrorrhagien gewidmet. Zuerst Plac. praevia. Neue Benennung: Placuntokatathesis und Placus enodios. Gegen andere wird die Existenz der Placenta centralis behauptet, und das mit vollem Rechte, der niederste Grad aber, Plac. lateralis, nicht mehr als Plac. praevia angenommen. Der Verf. schildert dann die Eigenthümlichkeiten der Blutflüsse, wobei er die Quelle der Blutung aus den Venen des Fruchthalters herleitet. Die Darstellung der Behandlung geht alle bisher empfohlenen Methoden durch, der Tamponade u. s. w. im allgemeinen den Vorzug zuerkennend, jedoch den einzelnen Fall berücksichtigend. Noch fügt der Verf. Einiges über den Vorfall der Plac. „Placuntoprobasis, Placuntoproptosis" hinzu. Darauf folgt die vorzeitige Lösung der Placenta bei fehlerfreiem Sitze derselben „Placuntodiaspasis", dann die Molenschwangerschaft mit ausführlicher Darstellung der pathologischen Histologie der Placenta und Chorionzotten. Der Verf. sagt darüber: „Die von mir mit meinen Collegen *Chiari*, *Spaeth* und *Wedl* hierüber gemachten Untersuchungen, welche vom Letzteren in seinem ausgezeichneten Werke schon veröffentlicht wurden, habe ich wegen Uebereinstimmungen mit meinen eigenen Beobachtungen und wegen ihrer exacten Darstellungsweise umständlich hier wiedergegeben." Dann folgen die Metrorrhagien der Nachgeburtsperiode und der ersten Zeit des Wochenbettes, wo der Verf. die Blutungen bei weicher Gebärmutter, oder bei hartem Uterus betrachtet: sie sind mithin mit einer pathologischen Wehenthätigkeit vergesellschaftet, mit „Metracinesien oder Metracinesen" (beides schreibt der Verf.) und „Metrypericinesien." Sorgfältig giebt der Verf. alle bis jetzt empfohlenen Mittel an, deren Darstellung er mit kritischen Bemerkungen begleitet, darunter gedenkt er auch der Transfusion. Das Nöthige dann über Incarceratio plac., daran sich reihend die Nachgeburts-Operationen. — Im 19. Capitel die fehlerhaften Zustände der Eihäute und des Fruchtwassers und im 20. die Unterbrechung der Schwangerschaft durch Abortus und Metrorrhagien. — Endlich Cap. 21: Tod der Schwangern und Gebärenden mit dem legalen Benehmen.

Einen eigenen Abschnitt, den dritten, bildet die nun folgende geburtshülfliche Operationslehre. Es würde unser Referat zu sehr ausdehnen, wollten wir hier auf das Einzelne eingehen: wir wollen nur bemerken, dass der Verf. die Operationen selbst sehr er-

schöpfend und genau durchgenommen, überall auf die verschiedenen Methoden Anderer in sehr reichlichem Masse Rücksicht genommen und sie mit den nöthigen kritischen Bemerkungen begleitet hat. Auch hier hat der Verf. es versucht, die einzelnen Operationen mit griechischen Benennungen zu bezeichnen, versteht sich, sind dieselben in Klammern neben den deutschen gestellt, so dass dadurch die Verständlichkeit in keiner Weise gestört wird. Wir wollen diese Namen der einzelnen Operationen hier aufzählen, und unsere Leser fragen, ob sie dieselben sofort verstehen? Omotacaphorme; Amblosaphorme; Medectatis; Oocystodiarrhexis; Strophetocia; Chirobrephulcia; Cephalohelxis oder Brephelcysis; Brephotomia; Gastrysterotomia. Etwas Griechisches haben wir zu unserer Zeit auch gelernt und treiben es wohl auch jetzt noch fort: aber wir gestehen, doch bedeutende lexicalische Forschungen machen zu müssen, würden uns ohne Uebersetzung und Erläuterung diese Worte zur Erklärung vorgelegt. — Der Schluss des Werkes bildet die Pathologie und Therapie des Wochenbettes. Dabei hat der Verf. ebenfalls seinen früheren Aufsatz über die Puerperalprocesse in seinem oben schon angeführten Werke benutzt.

Noch wollen wir zum Schluss bemerken, dass das Werk des Verf. mit 150 Holzschnitten geziert ist, welche die wichtigsten Lehren erläutern sollen, und ihren Zweck auch recht gut erfüllen. Ein beigegebenes doppeltes Inhaltsverzeichniss, ein Sach- und Namenregister, dient zur grossen Bequemlichkeit des Lesers. Wir bedauern nur, dass wir die Correctheit des Druckes nicht besonders rühmen können: viele Druckfehler, die sich eingeschlichen, sind zwar angezeigt, aber noch manche unbemerkt gelassen; davon treffen auch wieder manche die griechischen Namen, in welche sich, wie es scheint, der Setzer nicht recht finden konnte: unangezeigt sind unter andern geblieben: Artherom statt Atherom p. 658; Laparatomie statt Laparotomie p. 893; Hyosciami statt Hyoscyamie p. 907; Pselalphie statt Pselaphie p. 922, mit welchem Worte der Verf. die Untersuchung mit dem Finger (Exploratio digitalis) bezeichnet; ferner heisst der vielbeschäftigte, wohlbekannte Berliner Arzt *Heim*, nicht *Hein* p. 560; eben so lese man statt Rigadeaux: Rigaudeaux p. 717, und p. 835 statt Conquest: Conquest; wenn aber p. 730 steht: „die Wirksamkeit der Einspritzungen in die Gebärmutterhöhle war schon dem *Avicenna* im Jahre 1595 bekannt", so hätte der Verf. das Alter derselben noch höher hinauf datiren können: der Canon medicinae (nicht Canon der Mediz. wie citirt ist) wurde allerdings neben vielen andern Ausgaben auch Venet. 1595 gedruckt; allein der Verf., bekanntlich ein Araber, hat von 908 bis 1036 gelebt. *Ed. von Siebold.*


o
t
f
o
h
t
r
l
u
r
l
p
m
v

Dr Busch

XVII.

Geburt eines Hemicephalus weiblichen Geschlechts, welcher 39 Stunden nach der Geburt lebte.

Vom

Kreisphysikus Dr. **Klusemann** in Burg.

(Mit Abbildung.)

Als ich eben die Lectüre des 5. Hefts IX. Bandes dieser Monatsschrift beendet hatte, wurde mir von meinem Collegen, dem Herrn Dr. *C. Frick*, am 3. Juli a. c., die Mittheilung gemacht, dass er am Morgen um 8 Uhr eine junge Frau, primipara, mittels der Wendung von einer achtmonatlichen weiblichen Frucht entbunden habe, welche in einem auffallenden und gewiss sehr seltenen Grade Missbildungen an sich trage, gleichwohl aber lebend zur Welt gekommen sei und kräftig geschrieen habe. Dies veranlasste mich, von der freundlichen Einladung des Collegen Gebrauch zu machen, die Wöchnerin zu besuchen, und diese Leibesfrucht in Augenschein zu nehmen. — Da in dem oben genannten Hefte nun die Geburt eines Hemicephalus, zumal eines lebenden, als ein sehr seltenes Vorkommniss von dem Herrn Professor *von Siebold* angegeben ist, so darf ich wohl die Mittheilung dieses Falles, eben auch eines Hemicephalus, um so eher wagen, als hier einerseits noch anderweitige Missbildungen ganz bedeutender Art Statt haben, von welchen in dem Berichte des Herrn Dr. *E. Weber* keine Rede ist, und andererseits eine gewöhnliche Abnormität, nämlich die feste Verbindung des Kopfes mit den Schultern, fehlte, vielmehr ein vollständig ausgebildeter Hals mit der normalen Beweglichkeit sich vor-

fand. Das Leben dieser Frucht dauerte vom 3. Juli Morgens 8 Uhr, wo die Geburt vollendet war, bis zum 4. Juli Abends 11 Uhr, also 39 Stunden, während welcher Zeit, namentlich anfänglich, ein nicht ganz unkräftiges Schreien, Bewegung der Extremitäten, und Annahme der mit einem Löffel eingeflössten Nahrung stattfand. Die Länge der Frucht betrug 13—14″; zum Wiegen derselben fehlte die Gelegenheit, und die Messung der Durchmesser der Brust etc. ist ebenfalls unterblieben, da mir dies nicht von Wichtigkeit und Interesse zu sein schien. Von der Dura mater aus ist, nach den vom Herrn Dr. *C. Frick* mir gemachten Mittheilungen ein breiter und bandartiger, gut 1 Fuss langer Strang zur Nachgeburt gegangen, und hat nach stattgehabter Ausschliessung der Frucht mit der Scheere getrennt werden müssen. — Einen wahrhaft erschreckenden Anblick gewährte es, wenn diese in so hohem Grade missbildete Frucht beim Schreien oder nach Nahrung lechzend die Zunge zwischen den weiten Spalten neben der Nase hervorstreckte. — Die Organe der Brust- und Bauchhöhle waren normal; im Dickdarm befand sich Meconium. Harnentleerung hatte bei der Geburt stattgefunden; bei der Section zeigte sich die Harnblase gefüllt, der Magen aber ganz leer und zusammengefallen. Am Nachmittage des 4. Juli, etwa 7 Stunden vor erfolgtem Tode, war zum letzten Male etwas Nahrung von der Hebamme eingeflösst worden und im Ganzen soll während der 39stündigen Dauer des Lebens etwa ein Tassenkopf voll davon nach und nach gegeben sein.*) —

Der Kopf ist im Ganzen klein und ausser einer starken Abflachung der Hinterhauptsgegend proportionirt. Das knöcherne Schädeldach fehlt ungefähr in derselben Linie, welche man beim Aufsägen des Schädels zum Zweck der Section einhält,

---

*) Das Präparat hatte Herr Dr. *Klusemann* die Güte, der Sammlung des Leipziger Gebärhauses zu überlassen und sprach dabei den Wunsch aus, dass die von ihm mir mitgetheilten Ergebnisse seiner Untersuchung des Kopfes noch durch eine geübtere Hand bestätigt und erweitert werden möchten. Dieser Untersuchung unterzog sich sehr bereitwillig Herr Privatdocent Dr. *Ernst Wagner* in Leipzig, so dass die folgende Beschreibung als von beiden Herren herrührend zu betrachten ist. Ich selbst entwarf die beifolgende Abbildung nach der Natur. *Credé.*

— und zwar vorn entsprechend der Verbindung zwischen Proc. nasalis des Stirnbeins und Nasenknochen, den beiden Margines supraorbitales, beiderseits bis zur Höhe der Schläfenbeine, hinten bis zu der des Hinterhauptsbeins. An Stelle dieses Defects findet sich eine weiche cystenartige Masse, welche deutlich aus zwei Theilen besteht. Der eine grössere *(A)* und flachere geht vom Hinterhaupt bis zur Stirngegend und liegt grossentheils in der linken Schädelhälfte; der andere kleinere *(B)*, aber mehr kuglige liegt in der vordern rechten Schädelhälfte. Die ganze Masse ist überall deutlich abgesetzt, überragt die stumpf anzufühlenden Knochenränder und ist von einer an der Peripherie zusammenhängenden, nach dem Scheitel zu auseinanderweichenden serösen Membran umgeben. Diese Membran ist eine continuirliche Fortsetzung der allgemeinen Körperhaut, liegt etwas tiefer als diese, und ist überall, besonders da wo letztere mit langen Haaren besetzt ist, deutlich und scharf von derselben abgesetzt. Aus den rudimentären Augenhöhlen kommt jederseits, rechts ein schmaler, drehrunder, links ein breiterer und dünnerer Fortsatz hervor, welche alsbald breiter, dünner und fächerförmig werden und einerseits rückwärts continuirlich zusammenhängen mit der vorher genannten Membran, andererseits vorn über der Nasenwurzel zusammenfliessend eine Art Thor oder Loch bilden, welches der Glabellargegend entspricht. Die Fortsätze dieser Augenhöhlenstränge, sowie die ganze übrige Membran weichen an der Basis der weichen Masse auseinander, und zwar bekleidet die innere Schicht (Hirnhäute) diese weiche Masse selbst, während die äussere (Eihäute) am ganzen Umfang der weichen Masse, besonders in Stirn- und Hinterhauptsgegend in Form verschieden langer Fetzen herabhängt.

Vom Nasenfortsatze des Stirnbeins aus erstreckt sich in der Richtung der Pfeilnaht und an deren rechten Seite ein schmales, mit langen Haaren besetztes Hautstück, welches sich zwischen den Geschwülsten *A* und *B* fortsetzt, hinter *B* breiter wird und continuirlich mit den allgemeinen Bedeckungen der rechten Hinterohrgegend zusammenhängt. Im Anfangstheil dieser Hautbrücke liegt als Ueberrest des Schuppentheils des Stirnbeins ein plattes, schmales, sichelförmiges Knochenstück. Beiderseits von demselben liegen rechts eine kleinere,

links eine etwas grössere Bildung, welche den Vorderlappen eines kleinen Grosshirns entsprechen und von denselben Membranen überzogen sind, wie die übrigen Geschwülste. Diese Bildungen setzen sich linkerseits fort bis $4^1/_2''$ hinter den hintern Rand des linken Ohrs, sind übrigens stellenweise zerrissen und entleeren aus den Oeffnungen eine bräunliche, dickbreiige schmierige Masse. Die dem rechten vordern Lappen des Grosshirns entsprechende Masse ist nach aussen von der Masse *B* begrenzt, von derselben aber durch den aus der rechten Orbita kommenden und alsbald sich fächerförmig ausbreitenden Strang geschieden. Die Masse *B* hat über der vordern Ohrgegend ein (wahrscheinlich bei der Entbindung entstandenes) Loch, unter welchem ein kugliger, dem Aussentheil der rechten Grosshirnhemisphäre entsprechender Körper liegt. Ausserdem ist die Membran, welche *B* überzieht, an ihrem vordern Theil röther, derber und überhaupt cutisähnlicher.

Ueber dem obern Rand des Hinterhauptsbeins liegt quer eine elliptische, scharf umschriebene, braunrothe, runzlige, derbe Stelle, welche gleichfalls continuirlich mit den allgemeinen Bedeckungen zusammenhängt und bis $^3/_4'''$ dick ist. Sie schliesst gleichfalls eine hirnartige Masse ein und entspricht den verschmolznen hintersten Theilen des Grosshirns.

Die Augenhöhlen, aus denen die obengenannten Stränge hervorkommen, sind theils durch ihre Lage, theils durch das Vorhandensein des äussern Theils der Lidspalte sammt Lidrändern und Cilien mit Sicherheit als solche zu erkennen. Sie sind von trichterförmiger Gestalt, vorn viereckig gestaltet und wenig tief. Der Margo supraorbitalis steht beiderseits auffallend weit zurück. An der untern Fläche der linken Orbita setzt sich die Haut bis zur Spitze der Orbita fort. In der rechten Augenhöhle liegt ein, im Ganzen einem Bulbus ähnlicher, aber fast cylindrischer, hinten und innen fest angehefteter Körper, von dessen Vordertheil obiger Strang entspringt; in der linken Orbita liegt ein kleinerer, dünnerer, von beiden Seiten abgeplatteter Körper, welcher continuirlich in den Strang übergeht.

Die Nase ist stark abgeplattet, ihre untere Hälfte nach links und oben verschoben, ihre Löcher durchgängig. Rechterseits findet sich eine Spaltung der Oberlippe, des harten und

weichen Gaumens; derselbe ist an der Mundöffnung 7‴, am obersten Ende, 1‴ unter dem Orbitalrand, noch $2^1/_2$‴ breit. Linkerseits findet sich eine gleich lange und breite Spalte, welche aber durch die so weit nach links liegende Nase vollkommen verdeckt ist.

Eine weitere Untersuchung der Missbildung wäre nur durch vollständige Zerstörung derselben möglich gewesen, was mir wegen der beabsichtigten Aufbewahrung derselben im Museum des hiesigen Gebärhauses nicht erlaubt war. Um aber die Verhältnisse der Schädelhöhle nur etwas näher zu erfahren, führte ich einen dünnen Sägeschnitt von der Schnittfläche des Halses, parallel der Körperlängsaxe nach dem Scheitel. Hiernach sah man den obern Rand des Hinterhauptsbeins nicht scharf, sondern breit und gleichsam S förmig umgebogen enden. Der Clivus und die Hinterfläche der Halswirbelkörper bildeten eine fast senkrechte Fläche. Theils dadurch, theils durch die gleichfalls ziemlich senkrechte Richtung der Hinterhauptsschuppe war die hintere Schädelgrube auffallend klein, von mehr trichterförmiger Gestalt. Dura mater und weiche Hirnhäute, sowie die normalen Nervenursprünge waren überall vorhanden; von Hirnwindungen war nirgends eine Spur sichtbar. Die Existenz von Hirnhöhlen war wegen des gleichmässig breiigen Zustandes der mittleren Theile der Hirnmasse nicht mehr nachweisbar.

Die Hauptcharaktere der beschriebenen Missbildung sind demnach folgende:

frühzeitig geborner Fötus von nur kurzer Lebensfähigkeit;
Mangel des grössten Theils der Schädeldecke, sowohl der äussern Weichtheile als der Knochen, — und zwar vollständiger Mangel der Scheitelbeine, theilweise der Schuppentheile vom Stirnbein, Hinterhauptsbein und von den Schläfenbeinen;
Vorhandensein von Rudimenten der Hirnmasse sammt den normalen Hirnhäuten und Nervenursprüngen;
Hydrocephalocele in der rechten vordern Schädelhälfte;
eigenthümliche Verkümmerung der Augenhöhlen und Augäpfel;
Hasenscharte, Wolfsrachen und Gaumenspalte beider Seiten;
Verwachsung der Placentarhüllen mit den stellvertretenden allgemeinen Tegumenten des Kopfes;

Mangel anderer Bildungsanomalien, z. B. des Rückgrats, der Brust- und Bauchhöhle.

Hieraus gehn die mannigfachen Eigenthümlichkeiten dieser Missbildung hervor, für welche ich *(Wagner)* in der mir zugänglichen Literatur vergeblich ein vollständiges Analogon suchte: letzteres gilt besonders in Betreff der Augenhöhlen und Augen mit den aus ihnen entspringenden Strängen. Abgesehen hiervon bieten Tab. XXVII und Tab. XLI, Fig. 1 und 4 in *Vrolik's* Tabulae ad illustr. embryogenesin hominis et mammalium. 1849 grosse Aehnlichkeiten dar. —

XVIII.

Geschichte des anatomischen und Entbindungs-Instituts an der ehemaligen hohen Schule zu Herborn.

Von

Hofrath Dr. **L. Spengler.**

(Nach archivalischen Acten.)

Als im Jahre 1584 Graf Johann VI. oder Aeltere von Nassau die hohe Schule zu Herborn gründete, war die medicinische Facultät durch den Professor Dr. *Johann Pincier* repräsentirt. Er war der erste Professor der Medicin an der hohen Schule. Wenn er auch ein Lehrgedicht über Anatomie in seinem Otium Marburgense, Herborn bei *Corvin*, 8°, 1614, in geist- und kraftvollen Versen geschrieben hat, so ist doch nichts darüber bekannt, ob und wie er in Herborn die Anatomie docirt hat. Cfr. meine Abhandlung: die Anfänge der Medicin in Nassau, Allg. med. Centr.-Ztg. 1857. No. 62. Denn obwohl derselbe 1591, 1594 und 1603 Rector der hohen Schule war, so finden wir doch in den ältesten Lectionsverzeichnissen keine medicinischen Vorlesungen angekündigt (vielleicht weil noch keine studiosi medicinae da waren); sondern erst in einem Catalog von 1625 kommen lectiones medicae vor, während *Pincier* schon 1608 einem Rufe als

Professor der Medicin nach Marburg gefolgt war. Die academischen Gesetze, 1609, handeln von den philosophischen und medicinischen Professoren in Einem Capitel (cap. VI) und gebieten, „dass der erste die Hauptsätze der Physik und eine Einleitung in die Arzneikunde vortragen solle, der zweite Geometrie, Sphäre, Naturhistorie, Cosmographie und Ethik, der dritte die *Rami*'sche Philosophie (Dialecticam Rami) und die griechische Sprache nach einem Dichter oder Prosaiker zu dociren habe." Den Medicin Studirenden ist in diesen Gesetzen, cap. XI. vorgeschrieben, dass sie im Sommer zweimal in der Woche mit dem Professor botanisiren gehen; dass sie denselben zu den Kranken begleiten und mit demselben über philosophische und medicinische Controversen declamiren sollen. Cfr. *Steubing's* Geschichte der hohen Schule zu Herborn. 1823. —

Von besondern anatomischen Uebungen war nirgends die Rede. Erst im Jahre 1759 begegnen wir einer Petition der damaligen fünf Studiosen der Medicin (darunter *Sartorius* von Ebersbach*), worin sie bitten, ihnen den Leichnam eines Hingerichteten zu anatomischen Demonstrationen zu überlassen. Allein es kam ein abschläglicher Bescheid von der Regierung.

Im Jahre 1777 gaben die Medicin Studirenden, deren es damals 3 waren, abermals eine Schrift bei der fürstlichen Regierung zu Dillenburg ein um Bewilligung der Section eines in den Markenbacher Kalkgruben Verunglückten. Der damalige Prof. der Medicin *J. A. Hoffmann* unterstützte dies Gesuch, wie er auch das vorige unterstützt hatte, und es ward die Section „auf eine anständige Privat-Art" verwilligt, was meines Wissens die erste Section auf der hohen Schule zu Herborn war.

Anatomische Präparate waren ebenfalls früher nicht vorhanden, mit Ausnahme von einigen Knochenpräparaten. So hatte Prof. *Joh. Matthaeus*, der zweite medic. Professor zu Herborn, der 1607 bis 1620 florirte, ein männliches Skelet angefertigt. Sein Nachfolger, Prof. *Rosenbach***), schreibt

*) Es ist das derselbe *Sartorius*, der schon 1806 die Durchschneidung der Achillessehne vornahm. Cfr. *Stromeyer's* Beiträge zur operativen Orthopädik. Hannover, 1838. p. 35—44. —

**) Quatuor indices physici. Herborn. 1626. Es ist dies ein Anhang zu dem *Alsted*'schen Compendium lexici philosophici.

nämlich davon: In hac Nassovica Schola Dr. *Joannes Matthäus*, piae memoriae praeceptor et antecessor meus, sceleton virile composuit, cui ego alterum muliebre addidi. Beide sind auf den academischen Büchersaal gekommen. Das männliche Skelet ging später verloren, das weibliche aber überlebte noch die hohe Schule. Dieses weibliche von *Rosenbach* gefertigte Skelet hatte einen Spaden in der linken und ein blechernes Büchschen in der rechten Hand. Nicht nur der gemeine Mann, sondern auch der Gelehrte glaubte damals allgemein, dass man diese Attribute dem Skelet wegen einer besondern Geschichte beigelegt habe, die man folgendermassen erzählte. Es soll nämlich dieses Skelet eine Frau gewesen sein, die ihrem Manne mit Gift vergeben, und als sie gemerkt, dass das Gift, vielleicht wegen seiner geringen Dosis oder starken Natur des Mannes, seine Wirkung nicht thun würde, so habe sie den Mann hinterlistiger Weise mit dem Spaden todt geschlagen, und es sei ihr deshalb ein Spaden und ein Giftbüchschen zum Andenken an diese greuliche Schandthat für die Nachwelt in die Hand gegeben worden. Die an der rechten Hand hangenden Sehnen gab man gewöhnlich für die von der Frau abgetriebenen Würmer aus. Allein dies ist alles falsch. Der Spaden wurde beigefügt, um dem Skelet eine gerade Stellung zu geben, und das Büchschen diente dazu, um einige kleine Theile, z. B. Gehörknöchelchen, Sesambeine hineinzulegen, wie uns l. c. p. 3110 erhellt: Sic ossa sesamina colligantur in pyxide e ferro, qualibus theriaca inditur, apponanturque manibus ac pedibus: tendines iterum interni ac quatuor digitorum manuum se elegantissime perforantes, manibus suis appendantur etc.

In dem handschriftlichen Nachlasse des Prof. *Rosenbach*, der aber nicht mehr vorhanden, und der 2 Bände füllte, fanden sich noch allerlei Bemerkungen über diese Skelete, die er zu seinen Vorlesungen benutzte, so unter andern 1) Programma pridie sectioni corpori muliebris affixum; 2) Demon-

---

Sie fangen p. 192 an, und schliessen mit p. 3250. Der vierte Index ist der anatomicus seu partium corporis humani. p. 3112 ist die Stelle, worin er von den Skeleten spricht. Es ist ein Auszug aus *Realdi Columbi*, Cremonensis, 15 Büchern de re anatomica.

strationes anatomicae in corpore muliebri XVII; 3) Indices duorum sceletorum *a)* masculini a *J. Matthaeo* conferruminati frustratimque relicti *b)* foeminini a *Rosenbachio* et *Petro Budaeo*, medicinae studioso, conjuncti et bibliothecae academicae, in qua etiam nunc adservatur, donati etc.

So erzählt auch *Rosenbach* l. c. p. 3211, dass er eine Weibshaut gegerbt, dieselbe in ein Kistchen geschlossen, der Bibliothek geschenkt, und neben sein gefertigtes Skelet gesetzt habe. Potest enim cutis humana sale et alumine praeparari, ut aliae quadrupedum alutae, ita ut tota candida fiat et ad multos annos duret: hoc modo curavimus praeparari cutem muliebrem cum unguibus et capillis in Scholae hujus bibliotheca juxta sceleton in capsa tenui repositam etc.; perforata est ejusmodi cutis plurimis in locis, ut oculis, ore, auribus, aliisque partibus. — Diese Reliquie ist ebenfalls schon in den 1770er Jahren verschwunden gewesen.

Wie unter *Rosenbach's* Nachfolgern die Anatomie docirt worden, darüber finden sich keine Notizen. Als 1729 Dr. *Dilthey* die Professur der Medicin übernahm, sprach er in seiner Antrittsrede de utilitate et necessitate anatomiae in medicina, und er versäumte keine Gelegenheit Sectionen zu machen, die er aber meistens als Gerichtsarzt machte. Ob er die Studirenden der Medicin zugezogen, ist mir unbekannt geblieben. Seine Beobachtungen hat er veröffentlicht in 2 Bändchen Observationum anatomico-medico-practicarum rariarum, cum figuris aeri incisis. Herborn, I. 1741. II, 1742. — Erst unter seinem Nachfolger Prof. *J. A. Hoffmann* wurde, wie oben berichtet, die erste Section auf der hohen Schule für die Studirenden gemacht.

Unter solchen Verhältnissen konnten natürlich die anatomischen Kenntnisse nur dürftig sein, die die Studirenden der Medicin auf der hohen Schule in Herborn sich erwarben. Die fürstliche Regierung zu Dillenburg erklärte aber und mit Recht, dass sie die Anatomie für die Grundlage aller medicinischen und chirurgischen Wissenschaft betrachte, und der Prinz *Wilhelm V.* von Oranien, dieser vortreffliche Fürst zu Nassau, die Richtigkeit dieses Princips wohl erkennend, und in der Absicht, die anatomische Kenntniss zu verbreiten und zu vervollkommnen, beschloss im Jahre 1782 die Errichtung eines „anatomisch-

chirurgischen und obstetricischen Instituts"*) und es wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass es eine der Hauptangelegenheiten des Herborner Professors der Medicin sei, diese Absicht zu erfüllen. Es wurde dieserhalb im Januar 1782 der Dr. *Friedrich August Fritze* in Dillenburg zum ausserordentlichen Professor der Medicin zu Herborn ernannt (als Nachfolger *Hoffmann's*) und „ihm zugleich die Lectionen und die Aufsicht bei dem allda zu errichtenden anatomisch-chirurgischen und obstetricischen Institut und die Vieharzneikunde, ingleichen das Landphysicat in Stadt und Amt Herborn, und dem Amte Driedorf pure, im Amte Beilstein aber interimsweise übertragen."

Wir sehen, dass hier auch noch die Veterinärwissenschaft hereingezogen wurde; und zwar sollte dieselbe nicht allein den Studirenden gelehrt werden, sondern es sollte nach einem Rescript vom 12. März 1782 „jedem inländischen Hauswirthe und Landmanne, der dazu Neigung und Fähigkeit hat, und an den gesetzten Tagen und Stunden zu Herborn sich einfinden, oder allda aufhalten kann, der entgeltliche Zugang zu solchem Unterricht freistehen, wenn er sich nur bei vorgedachtem Herrn Professor angiebt und von demselben fähig befunden wird."

Auch sollten „künftighin keine Wundärzte zur Praxis zugelassen werden, wenn sie nicht wenigstens ein oder zwei Jahre bei dem zu Herborn errichteten Institut der Zergliederungs-, Wundarznei- und Hebammenkunst Unterricht genommen haben, und ein gutes Zeugniss vorzeigen können." Zum Vortheil des anatomischen Instituts wurde nun verordnet, dass in den fürstlichen Landen versterbende fremde Bettler und Vagabunden und deren Kinder verfallen sein sollten. — Bald wurde diese Verordnung noch weiter ausgedehnt, so dass alle arbeitsfähige einheimische und Landes-Unterthanen, sowohl

*) Da dieses Institut weder in *Steubing's* Geschichte der hohen Schule zu Herborn, noch in *Osiander's* Litterär. u. pragm. Geschichte der Entbindungskunst, noch auch in *v. Siebold's* Geschichte der Geburtshülfe, noch auch sonst wo erwähnt ist, so habe ich während meiner Anstellung in Herborn, 1848—1852, die Materialien zu vorstehendem Aufsatze gesammelt, wozu mir das hohe Ministerium die Einsicht der Dillenburger Archiv-Acten gnädigst gestattet hatte. —

Erwachsene als Kinder, welche sich werden beigehen lassen, öffentlich vor den Thüren und in den Häusern zu betteln, nach ihrem Tode der Anatomie ebenfalls verfallen sein sollen. Die Prediger hätten bei einem solchen Todesfall sofort dem anatomischen Institute die Anzeige zu machen, damit die Abholung der Leiche veranstaltet werden könnte.

So wurde nach und nach ein ganzes Statut ausgearbeitet, das folgende sieben Punkte enthielt.

„1. Dass, um bei der Anatomie menschliche Körper zur Section zu haben, die Leichname *a)* der hingerichteten Verbrecher, oder solcher im Arrest versterbender Delinquenten, welche wegen peinlicher, entweder schon eingestandener oder überwiesener Verbrechen, in Haften gesessen, oder zur Schanzarbeit in Ketten und Banden, oder zum Zuchthause bereits verurtheilt gewesen; *b)* nicht nur der öffentlich eingehenden ausländischen Bettler, ohne Unterschied sondern auch der arbeitsfähigen Inländer, welche nicht so sehr aus Noth, als aus einem strafbaren Hange zum Müssiggange und zur Faulheit, sich dem verordnungswidrigen öffentlichen Betteln ergeben, *c)* der auf dem Lande sterbenden öffentlichen Vagabunden, *d)* der vorsetzlichen Selbstmörder, ausser dem Falle einer Melancholie, und *e)* der in der Geburt oder in der ersten Woche nach derselben versterbenden unehelichen Kinder, der Anatomie verfallen sein.

2. Dass, so viel das Accouchement-Institut betrifft, alle studiosi medicinae, alle angehenden Wundärzte, alle Stadt-Hebammen, der hiesigen fürstlichen Lande, und alle Kirchspiels-Hebammen, welche letztere des Endes, wo sie noch nicht befindlich, unverzüglich besonders anzuordnen sind, eine vollständige wissenschaftliche Instruction in allen zur Entbindungs-Kunst gehörigen Theilen, wozu eine Zeit von zwei bis drei Monaten erforderlich sein wird — bei dem Herrn Professor *Fritze* zu nehmen.

3. Dass bei diesem vollständigen Unterricht den Hebammen und übrigen Lehrlingen zugleich *a)* auf dem anatomischen Theater an weiblichen Leichnamen, dafern deren vorhanden, die erforderliche Anweisung zu geben, *b)* denenselben an lebenden schwangeren Personen die sogenannten Touchirübungen zu verschaffen, und *c)* die sich bei weiblichen Ent-

bindungen, unter der Aufsicht des Lehrers, mit dem Accouchiren selbst abzugeben haben.

4. Dass, um dürftige schwangere Personen, sie mögen verheirathet oder ledigen Standes sein, zu ermuntern sich dem Institute nicht nur zum Touchiren, sondern auch zum Accouchement hinzugeben, einer solchen Schwangeren von jedem Falle, da sie sich auf Verlangen der Institut-Direction zum Touchiren darstellt, zwölf Kreuzer, sodann derjenigen, die sich zum Accouchiren hingeben will, nebst der freien Geburtshülfe, und der von den lernenden Hebammen der Kindbetterinnen unentgeltlich zu leistenden Wartung, wöchentlich 45 Krenzer durch die Zeit ihres Kindbetts, nämlich auf 6 Wochen verabreicht, dabei auch den unehelich Schwangern die Fornications-Strafe erlassen.

5. Dass bei den Dorf-Hebammen zu Ersparung der Kosten, der allgemeine und kürzere Unterricht von den gewöhnlichen und natürlichen Geburtsfällen und ihrer Behandlung, vorerst zwar noch beizubehalten, jedoch dergestalt, dass die Dorfhebammen im Fürstenthum Dillenburg und der Herrschaft Beilstein bei dem medicinischen Professorate zu Herborn, die Hebammen im Siegen-, Diez- und Hadamar'schen aber ihre Instruction bei den dasigen Landphysicis, so wie bisher, empfangen, dabei jedoch sämmtliche Dorfhebammen nicht nur von den Kirchspielshebammen sich in der Geburtshülfe weiter unterweisen, sondern auch der Regel nach sich nur bei ordinären Geburten gebrauchen lassen, bei schwereren hingegen allemal die Kirchspielshebammen hinzurufen.

6. Dass, so viel die Anordnung der Hebammen, welche zu Herborn zu unterrichten sind, betrifft, die Stadt, das Kirchspiel oder die Gemeinde, allemal der Amtsobrigkeit drei Subjecte zu präsentiren, letztere solche dem Landphysicus des Bezirks zur Prüfung und Auswahl zu übergeben, und der Landphysicus alsdann die schicklichst Befundenen dem Professor der Arzneikunst zu Herborn zum Unterricht zuzuschicken haben. Sodann

7. Dass der Institut-Direction *a)* für einen vollständigen wissenschaftlichen Unterricht in der Entbindungskunst ein Honorarium von 10 Gulden, falls aber *b)* schon recipirte Wundärzte oder Hebammen etwa einen solchen Unterricht

noch nehmen würden, die Hälfte davon mit 5 Gulden, sodann *c)* für einen allgemeinen Unterricht mit 3 Gulden, und *d)* dem Landphysicus für die Prüfung und Auswahl, 2 Gulden, endlich aber *e)* der Hebamme selbst während des Unterrichts täglich 15 Kreuzer von der Gemeinde bezahlt werden sollen."

Zur Ausführung dieses dreifachen Instituts sind alle erforderlichen Anordnungen getroffen worden, und der Prinz liess öffentlich bekannt machen, dass er einen dem gemeinen Wohl völlig entsprechenden Erfolg zuversichtlich erwarte.

Es wurde somit das Haus des *Jacob Ebertz* in der Untergasse auf 10 Jahre zu 60 Gulden zum Institut gemiethet, welche Miethe aus der hohen Schul-Casse zu bezahlen war, und nach Ablauf des ersten Decenniums auf wieder 10 Jahre zu 50 Gulden, also bis zum 1. Januar 1803.

Das Local des Instituts bestand aus 1) einer Aufwärterstube, 2) der Accouchementsstube, die auch zum Aufenthalte der Schwangeren diente (es konnten 6 zu gleicher Zeit Aufnahme finden), — 3) der anatomischen Stube, wo auch die anatomischen Collegien gelesen wurden, und die Skelete, Präparate und Instrumente aufbewahrt waren, 4) einer Stube, worin Verunglückte, Kranke etc. untergebracht werden konnten. — In der Accouchirstube fand sich das Phantom, die Instrumente und der Geburtsstuhl.

Noch im Januar 1783 erliess die fürstliche Regierung folgende Verordnung zu Gunsten des Instituts:

1) dass der Aufwärter von herrschaftlichen und städtischen Diensten, wie jeder Hohe-Schul-Bedienstete frei sei. Er bekam mit seiner Frau 16 Gulden, freies Holz, freie Wohnung und Licht; später wurde der Gehalt auf 25 Gulden erhöht.
2) Dass er nebst seiner Frau vom academischen Senat als famuli in Pflichten genommen werden;
3) sollen 6 Klafter Brandholz forst- und fuhrfrei angewiesen werden; später wurden 10 Klafter bewilligt.
4) sollen öffentliche arbeitsfähige Bettler nach ihrem Tode der Anatomie verfallen.

Von dieser allgemeinen Organisation wenden wir uns zuerst dem anatomischen Institute zu. Im December 1782 starb nun ein uneheliches Kind zu Herborn von 2 Jahren.

Da nun uneheliche Kinder, die in ihrer Kindheit starben, der Instruction gemäss der Anatomie verfallen waren, die Mutter aber die Ablieferung des Kindes verweigerte, so wurde die Anzeige an die Regierung gemacht, die sofort die Verabfolgung des Kindes an die Anatomie decretirte. Es wurde sonach das Kind auf die Anatomie gebracht, und dies war das erste, das dorthin kam. Da nun die Einwohner Herborns von dem grössten Widerwillen gegen das Institut eingenommen waren, so verfügte die Regierung, der Mutter ein Geschenk von fünf Gulden zu geben, und ferner zur Ausrottung der Vorurtheile der Leute, dass das Kind öffentlich und wie jede andere ehrliche Bürgerleiche mit Begleitung eines Geistlichen begraben werden solle, was übrigens nach mehreren Wochen dennoch der damalige Oberprediger nicht gethan hat. —

Wie es scheint ist im Jahre 1783 auch eine Section vorgenommen worden, da sich eine Anweisung auf die fürstliche Rentkammer findet, zur Bezahlung der Beerdigungskosten der *N. G.*

Im Jahre 1784, Decbr., wurde abermals ein uneheliches, im Institut gebornes Kind auf der Anatomie secirt. Allein es bedurfte amtlicher Gewalt, das Kind auf die Anatomie zu bringen.

1785 wurde ein auf der Spinnstube zu Dillenburg plötzlich Verstorbener auf die Anatomie gebracht. Die Transportkosten der anatomischen Leichname, die unumgänglich nöthigen Beerdigungskosten, ebenso die Anschaffung und Unterhaltung der anatomischen dem Institut gehörigen Instrumente hatte die hohe Schul-Casse zu bezahlen.

Da nun trotz all den Vorkehrungsmassregeln in dem kleinen Bezirk des Fürstenthums die Leichen sehr spärlich zur Anatomie kamen, so versuchte man auf die Art Leichen zu bekommen, dass sich alte, hülflose Leute der Anatomie bei Lebzeiten verkauften. Die Regierung genehmigte den deshalb gestellten Antrag des Professors und so verkaufte sich zuerst ein gewisser *J. W. Benner* im März 1783 für lebenslängliche jährliche 6 Gulden, die bewilligt wurden, weil derselbe dem Trunke sehr ergeben war, und aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr lange lebe; und ebenso im Jahre 1784 ein 65jähriger Trunkenbold; ferner ein 77jähriger Mann im Mai 1784 für 10 Gulden jährlich; so wie im September

1784 ein 45jähriger Zwerg um eine jährliche Beisteuer von 6 Gulden. Im Jahre 1786 verkaufte sich ein an der Lungenschwindsucht und chronischen Fussgeschwüren Leidender um jährliche 8 Gulden. Auf diese Weise waren nun dem anatomischen Institute einige Leichen gesichert; allein die Abneigung des Publicums war ausserordentlich gross, so dass manchmal selbst obrigkeitliche Gewalt anzuwenden nöthig war. Besonders wurden diese Vorurtheile durch die Geistlichkeit unterstützt. So war eine Kindesleiche der Anatomie verfallen, allein die Geistlichkeit petitionirte so lange, bis die Leiche begraben werden durfte. Um nun die 5 an das Institut verkauften Leichen zu sichern, gab die Regierung dem Oberpfarrer in Herborn den Befehl, diese Leute nicht ohne Vorwissen des Professors der Anatomie zu beerdigen. Als nun 1791 einer der obgedachten gestorben, wurde dennoch der Todesfall von dem Geistlichen der Anatomie nicht angezeigt, und somit konnte der Körper nicht in das Institut gelangen und secirt werden. Gesetzt aber auch, bemerkt der Prof. *Fritze* dazu, der Tod des *N. N.* sei angezeigt worden, so würde ich in gegenwärtigem Falle diesen Körper doch, ohne ihn auf die Anatomie bringen zu lassen, haben begraben lassen, weil er an dem dahier herumgehenden ansteckenden hitzigen Nervenfieber verstorben ist, und der Arzt sowohl als der Anatomicus in dergleichen Fällen für seine eigne Sicherheit zu sorgen Ursache hat. —

Bis zum Jahre 1788 hatten 17 Sectionen theils von Kindern, theils von Erwachsenen stattgefunden, wie Professor *Fritze* in seiner Lebensbeschreibung berichtet, die er in diesem Jahre bei Uebernahme des Rectorats dem academischen Program einverleibte. Es ist dies die erste und einzige kurze Nachricht von dem anatomischen Institute, von dem später, selbst in den Acten, kaum mehr die Rede ist.

Mehr Gewicht legte *Fritze* auf das obstetricische Institut, indem die Geburtshülfe ja auch sein eigenthümliches Fach war, worin er auch als Schriftsteller aufgetreten ist. Die Organisation des Hebammenwesens ist ein bleibendes Verdienst für ihn.*) Es wurde ein förmliches Statut für die

*) Schon seine Dissertation handelte de conceptione tubaria cum epricrisi conceptionis tubariae in genere et hujus casus in

Aufnahme, Verpflegung und Behandlung der Schwangeren Ende 1788 ausgearbeitet, das hauptsächlich folgende Punkte umfasste.

1. Die Schwangern finden eine geräumige stets gewärmte Stube, nebst guten Betten, Licht und der nöthigen Aufwartung durch eine besonders dazu gemiethete Frauensperson, völlig unentgeltlich. Die Stube hatte Raum für 6 Schwangere.

2. Bis zu ihrer Niederkunft müssen sie sich den nöthigen Unterhalt durch Wollenspinnen, wozu sich im Institut die Geräthschaften finden, in einer besondern Stube im Institut selbst verdienen. Mit diesem Verdienst können sie nach Gutdünken schalten; falls eine durch Krankheit verhindert werden sollte, sich den nöthigen Unterhalt zu verdienen, so wird ohne ihr Zuthun für ihren Unterhalt gehörig gesorgt.*)

3. Die nöthigen Kleidungsstücke erhalten die Schwangern auf die Dauer ihres Aufenthalts im Institut geliehen. Die Institutskleidung bestand aus 3 Röcken, 6 würkenen Hemden, 3 paar Strümpfen und 3 Mützen.

4. Wer im Institut krank wird, erhält Arzt und Arznei gratis.

5. Sechs Wochen lang nach der Niederkunft erhält jede wöchentlich 45 Kreuzer zu ihrer Verköstigung.

6. Alle unehelich Schwangern, die im Institute niederkommen, sind frei von der Fornicationsstrafe und der Abgabe ans Waisenhaus.

---

specie. Argentor. 1779. Deutsch in N. Sammlung für Wundärzte St. 23. 1789. p. 212—56. — Später beschrieb er einen glücklich gemachten Kaiserschnitt: Geschichte der Heilung einer von einem Ochsen verwundeten schwangern Frau, in *Schmucker's* verm. chir. Schriften. Thl. 3. 1782. — In einem Programm von 1798 schrieb er Bemerkungen über den plötzlichen Tod einer Wöchnerin, bei der die ganze Geburt ohne alle Störung von Statten gegangen war.

*) Wie oben erwähnt, sollten die Kindbetterinnen des Instituts für die sechs Wochen ihres Kindbetts 3 Thaler zu ihrer Verköstigung erhalten. Da sie dieses nun zu ihrer und ihres Kindes Verpflegung äusserst nöthig bedurften, so machte der Professor den Vorschlag, die Schwangern im Institute, das 6 Betten hatte, mit Wollspinnerei zu beschäftigen, damit sie ihren Unterhalt verdienen und länger im Institut bleiben könnten. Diesen Vorschlag fand man sehr gut und genehmigte die dazu nöthige Anschaffung von Geräthschaften aus der hohen Schul-Casse. —

7. Keiner Mannsperson ist beim Touchiren oder Accouchiren der Zutritt gestattet; jeder Student, der sie touchirt, hat ihr dafür 12 Kreuzer, für die Entbindung 48 Kreuzer zu bezahlen, und die Assistenten beim Accouchement jeder 24 Kreuzer.

8. Nur die Hebammen im Unterricht untersuchen im Beisein des Lehrers ungefähr alle 14 Tage. Eine der Hebammen versieht bei der Geburt den Hebammendienst, wofür nichts zu zahlen ist.

Beim Touchiren und Accouchiren ward auf die Schamhaftigkeit alle Rücksicht genommen; nie wurden Schwangere entblösst, oder roh behandelt, viel weniger, wie das Vorurtheil ging, gar misshandelt, gebunden, ausgespannt, täglich den Studenten zur Schau ausgestellt, oder von ihnen visitirt.

9. Keine darf mit Worten oder Werken beleidigt werden, und täglich erhalten sie Besuch vom Professor. —

Als die für das Hebammen-Institut nöthigen Apparate und Instrumente bezeichnete *Fritze* folgende: 1) ein Phantom, 2) einen *Stein*'schen Geburtsstuhl, 3) einen Finger-Ring, 4) Stäbchen mit der Schlinge, 5) einen *Roonhuysen*'schen Hebel, 6) eine *Levret*'sche Zange, 7) eine von *Smellie*, 8) *Levret's* Perforatorium, 9) *Mesnard's* Knochenzange, 10) *Röderer's* Fingerbistouri, 11) einen *Smellie-Levret*'schen krummen Haken, 12) *Levret's* dreiblättrigen Kopfzieher.

Die nöthigen anatomischen Präparate hatte sich der Professor selbst angefertigt.

Im November 1783 berichtete nun *F.*, dass *Stein* in Cassel für ein Phantom, wozu man das weibliche Skelet zu stellen habe, und einen Geburtsstuhl 124 Gulden verlange. — Es wurde aber von einem Säckler in Oberrad ein Phantom für 56 Gulden gekauft; den Geburtsstuhl liess man in Herborn von einem Schreiner nach *Stein's* Abbildung machen; und die geburtshülflichen Instrumente wurden von einem Schlosser in Dillenburg gefertigt. —

Für die Hebammen ward der *Stein*'sche kleine Hebammenkatechismus angeschafft (es wurden deren sogleich für 21 fl. 50 kr. von der *Krieger*'schen Buchhandlung in Giessen kommen gelassen); ebenso sollte jede Hebamme den Fingerring, den *Roonhuysen*'schen Hebel, und das Stäbchen mit der Schlinge bekommen.

Die Einrichtung dieser neuen Hebammenschule hatte ebenfalls seine grosse Schwierigkeiten, und es hat dem Instituts-Director und der Regierung viele Mühe gekostet, ihre Verordnungen überall zur Vollführung zu bringen. Es war nämlich verordnet, dass jedes Dorf seine eigene Hebamme haben solle, dass aber ausserdem für jedes Kirchspiel eine Kirchspielshebamme, eine Art Oberhebamme, angestellt werde, die einen vollständigen wissenschaftlichen Unterricht in der Entbindungskunst in dem Institute erhalten sollte, damit sie im Fall der Noth selbst eine Wendung vornehmen oder eine regelwidrige Lage in eine natürliche zurückbringen könnte.*) —

Der grosse Haufen ist gewohnt, alle solche Veranstaltungen, weil sie neu sind, von der schlimmen Seite anzusehen, und daher finden sie Hindernisse und Widerspruch. Das Fürstenthum Siegen hatte sich hierin besonders ausgezeichnet; es ist dem Charakter dieses Völkchens eigen, heisst es in den Acten, alles was neu ist, als dem Herkommen und der Freiheit nachtheilig anzusehen. Das Vorurtheil dagegen war sehr gross, allein die Regierung erklärte es für so unsinnig und ungereimt, dass es keinen Grund abgeben könne, eine der gemeinnützigsten Anstalten zu vereiteln.

So wurde denn im December 1782 die erste Schwangere ins Institut aufgenommen; sie war zum 5. Male schwanger und ward mit Gewalt hingeführt. Im Anfang waren nur sehr wenige Schwangere im Institut, da im Volk ein grosser Abscheu gegen dasselbe bestand. Bis zum Jahre 1788 waren nur 15 Schwangere im Institut entbunden worden, die 17 lebende Kinder geboren, von denen 3 gestorben sind.

Die Anzahl der bis dahin im Institut unterrichteten Hebammen betrug 93, wie l. c. berichtet ist.

Noch immer wurden sehr wenige Schwangere im Institut aufgenommen, weil sich jede der Anstalt zu entziehen suchte; auch dem Vorstand wurde die Sache bei seinen vielen Dienstgeschäften gewiss manchmal lästig, indem 1789 eine Schwangere abgewiesen wurde, weil gerade keine zu unterrichtenden Heb-

*) Cfr. die kurze Selbstbiographie von *Fritze*, die er in dem oben erwähnten Rectoratsprogramm von 1788 gab, und worin er eine kleine Beschreibung des anatomischen und Entbindungs-Instituts mittheilt.

ammen und Chirurgen da waren. Die Regierung befahl jedoch die Wiederaufnahme, „da bei Errichtung des Instituts auch die Absicht bezweckt worden sei, dass arme Schwangere ohne Zuflucht bei ihrer Niederkunft thätig unterstützt werden könnten."

Von nun an begegnet man alljährlich den Klagen, dass seit geraumer Zeit sich keine Schwangern mehr zur Aufnahme ins Institut gemeldet hätten.

Im Jahre 1792 haben die Ortschaften des Amtes Herborn selbst eine Verbesserung des Hebammenwesens eingeführt, indem alle eine sogen. Kirchspielshebamme haben wollten, d. h. vollständig instruirte Hebammen, — und es wurde nun der Unterricht dahin ertheilt. Der Professor erbot sich alle Halbjahr eine Prüfung aller, und eine Wiederholung des Lehrcursus während 2—3 Tage in Herborn vorzunehmen.

Ausser den obigen Calamitäten traf das Institut auch noch besonders die Kriegslast. Vom 23. November 1792 bis zum 23. Februar 1793 war ein preussisches Lazareth im Institut, und im Frühjahr 1795 ward dasselbe ein Lazareth für die österreichischen Dragoner des Regiments *Latour*.

Nach Ablauf der ersten 10 Jahre machte der Professor, durch das Beispiel von Herborn ermuntert, den Vorschlag, alle neuen Hebammen als Kirchspielshebammen auszubilden; den Cursus nur einmal im Jahre, im Frühjahr, zu halten, statt jeder einzelnen den Unterricht zu geben, und auch nur dann Schwangere im Institut aufzunehmen. Die Regierung schlug dies ab, und überliess es den Gemeinden, wie sie es machen wollten, da sie nicht Neuerungen einführen könne in dem eben erst mit aller Strenge durchgeführten Gesetz.

In demselben Jahre beschwerte sich aber der academische Senat, dass das Institut der hohen Schule keinen Nutzen bringe, da bekanntlich nur äusserst selten medicinische und chirurgische Studenten da seien; und schliesslich wollte der Senat die Kosten nicht mehr aus der academischen Casse bezahlen. —

Auch hatte die fürstliche Regierung, als 1792 mehr Holz für das Institut verlangt wurde, das Gesuch abgeschlagen, und zwar wegen des höchst seltenen Aufenthalts schwangerer Personen im Institut.

So hatte denn das zweite Decennium dieses Instituts unter

schlechten Auspicien begonnen; und bis 1795 fehlen alle Nachrichten. Seit geraumer Zeit waren keine Schwangern dagewesen, als 1796 endlich wieder eine schwangere Soldatenfrau aufgenommen wurde. Bei der fortdauernden Einquartierung wurde das Institut stets als Lazareth für die kaiserlichen und französischen Verwundeten benutzt. Durch diese Kriegsunruhen ist auch der Hebammenunterricht ganz ins Stocken gerathen, und während sonst Ausländer an demselben Antheil nahmen (der Fürst von Braunfels hatte einige Hebammen aus der Wetterau in Herborn unterrichten lassen) konnten 1798 die Hebammen gar nicht zusammengebracht werden; und obschon 1799 wieder Hebammen im Unterricht waren, wurde dennoch eine schwangere Ausländerin (aus Bonn) von der Regierung abgewiesen. Von diesen Kriegsunruhen an werden die Acten spärlicher, und fehlen oft ganz; die ewigen Beschwerden der Gemeinden hörten zwar auch auf, allein es war dennoch keine Ordnung in den Hebammenunterricht zu bringen.

Mit diesem Institute war nun auch noch eine chirurgische Anstalt verbunden, da chirurgische Operationen in jenen Gegenden häufig vorkommen. Es ward deshalb ein chirurgischer Instrumentenapparat angeschafft, der von allen Aerzten benutzt werden konnte, und der in dem anatomischen Zimmer aufbewahrt wurde. Es waren Instrumente zur Amputation, Trepanation, Staarstechen, Bruchschneiden und wie gesagt zum Accouchement vorhanden; sie wurden 1793 von einem durchreisenden Königsberger Instrumentenmacher geputzt, der für Schleifen, Poliren etc. 5 Gulden 42 Kreuzer erhielt. Da die alte *Levret*'sche Zange unbrauchbar geworden, so wurde eine neue für 11 Gulden angeschafft. Von dem chirurgischen Institute ist nur sehr wenig die Rede; ich finde als Kranken einen Staarkranken; einen dem der Professor wegen Erfrierung am linken Fusse 5 Zehen, am andern 19 Knochen hat abnehmen müssen, und der nach 68 Tagen das Institut ohne Krücken verlassen konnte; einen der Hände und Füsse erfroren hatte und amputirt wurde, der 78 Tage im Imstitute war. Die Verpflegungskosten von 8 Kreuzer per Tag wurden sehr hoch gefunden. Alle diese Kranken sind nur ausnahmsweise auf ausdrückliche Erlaubniss der Regierung aufgenommen worden, „da das Institut nicht zu einem Krankenhaus bestimmt sei."

Als Curiosum verdient bemerkt zu werden, dass als ein mit einem Lippenkrebs Behafteter zur Aufnahme sich meldete, derselbe abgewiesen wurde mit folgendem Bescheid der Regierung: „Indessen dürfte wohl der Schäfer *M.* zu Fleisbach, welcher schon viele Krebsschäden am Munde glücklich curirt, den *P. P.* ebenwohl zu curiren im Stande sein. Das fürstliche Amt hat daher den *P. P.* an gedachten Schäfer zu verweisen. Dillenburg, 8. Mai 1784.“ —

Zwei Beobachtungen glücklich ausgerotteter Nasenpolypen hat *Fritze* in *Loder's* Journal der Chir. Bd. 2. 1798 mit Abbildungen veröffentlicht.

Dieses chirurgische Institut ist also nie zur rechten Geltung gekommen; jedoch hat es auf die nachfolgende herz. Nass. Medicinal-Organisation 1818 gewiss Einfluss gehabt, indem die so wohlthätige Bestimmung §. 24, „dass in jedem Medicinalbezirke der erforderliche medicinisch-chirurgische Apparat auf Kosten der betreffenden Gemeinden angeschafft und wohl unterhalten werde,“ der von jedem Arzte des Bezirkes benutzt werden kann, gewiss von daher ihren Ursprung datirt.

Der vierte Theil dieses Instituts war die Ertheilung des Unterrichts in der Thierarzneiwissenschaft. Derselbe wurde auch im ersten halben Jahre mit gutem Erfolg ertheilt, und das in den Vorlesungen Gelehrte an aufgehauenem Vieh augenscheinlich gezeigt. Da nun die Hauswirthe, Landleute, Schäfer und Hirten im Sommer diesen Vorlesungen nicht gut beiwohnen konnten, so wurde ein solches Colleg auch für den Winter, und zwar ohne alles Entgeld, angeordnet, damit jeder, wenn er nur die Fähigkeit besitzt, einen deutlichen Vortrag zu begreifen, den Vorlesungen beiwohnen könne. Die auf dem Westerwalde und an der Dill stets herrschenden Viehseuchen machten eine solche Verordnung nothwendig; *Fritze* hat auch eine Schrift über Rindviehseuche geschrieben, die in der med. chir. Ztg. Ergzgsbd. 2. No. 32. 1798 besprochen ist.

Die ganze hohe Schule von Herborn war schon lange wie in einem Schleichfieber dahingewelkt, als die französische Revolution hereinbrach; es fiel Oranien, und mit ihm gerieth die hohe Schule zu Herborn total in Verfall. Sie wurde

endlich 1817 aufgehoben; in Herborn blieb als Rest der theologischen Facultät das evangelische Predigerseminarium, das 1818 errichtet wurde; in Idstein wurde in demselben Jahre ein landwirthschaftliches Institut eröffnet, woselbst die Thierarzneikunde vorgetragen ward; aber eine Hebammenschule, die das neue Herzogthum Nassau nicht entbehren konnte, wurde erst 1828 zu Hadamar wieder errichtet, wo dieselbe noch besteht, während bis dahin die einzelnen Medicinalbeamten den einzelnen Hebammen den Unterricht ertheilten, wie es vor Errichtung des Entbindungsinstituts zu Herborn im Oranischen überhaupt geschah.

XIX.

Die Driburger Kur bei Schwangeren.

Vom

Med.-Rath Dr. **A. T. Brück** in Osnabrück, Brunnenarzt zu Driburg.

Die Blutarmuth und Nervenschwäche, wie sie sich in unsrer Zeit mehr und mehr endemisch bei civilisirten Völkern offenbart, erfährt bekanntlich durch die Driburger Kur — wo nicht der grosse Eisenreichthum der Quelle (0,85 Gran F. c. in 16 Unzen) und die ungewöhnliche Menge CO^2 (über 50 Cubikzolle) in organischen Fehlern, allzugrosser Reizbarkeit der Brustorgane etc. bekannte Contraindicationen bildet — die glücklichste Gegenwirkung. — Vorzugsweise war von jeher das weibliche Geschlecht jener Verarmung der wesentlichsten Blutbestandtheile unterworfen. Die Pubertätschlorose ist eine sexuelle Anämie. Zur Ernährung des jungen Organismus im kindlichen Zustande reicht wohl das minder kräftige Blut zur Noth noch hin; um das 13.—15. Jahr aber soll naturgemäss ein Organencomplex sich entwickeln, dessen Bedeutung über das Individuum hinausgeht und zum Dienste der Gattung bestimmt ist. Diesen, dem individuellen Organismus so zu sagen parasitisch anhaftenden Complex des eigentlich sexuellen

Organismus zu entwickeln, gebricht es nur allzuoft an kräftigem Blut, worunter dann beide, der Stamm wie der Parasit, leiden. So entsteht die Pubertätschlorose.

Tritt nun, mehr oder minder restaurirt, ein solches Individuum in eheliche Verhältnisse: so erscheinen in der Regel bald jene traurigen Folgen, wodurch mir jährlich ein beträchtliches Kontingent meiner Driburger weiblichen Kurgäste zuströmt, sei es wegen Mangel an Conception, oder wegen Abortus, oder, falls die schwächliche Frucht ausgetragen wurde, wegen unverhältnissmässiger Entkräftung der jungen Mütter mit ihren Folgen, besonders als anämische Neurosen in allen Formen. In das Kurhospital wurden mir aus der ländlichen Bevölkerung manchmal solche Mütter sammt ihren Säuglingen geschickt; es ergab sich bald, dass dann beiden die Kur nicht wohl bekam; sobald indess das Kind abgesetzt wurde, gedieh die geschwächte Mutter auf das Erfreulichste.

Wie sehr sich auch der grosse Humbug unserer Zeit, die vielzüngige Reklame, bestreben möge, auch diese Gattung von Leidenden, die anämischen Frauen, den Eisenquellen streitig zu machen: so hat doch der alte Canon: „Eisen macht Blut“ zu tief im ärztlichen Bewustsein Wurzel gefasst, und die jährlich sich wiederholenden Erfolge unserer Kur erhalten uns einen stets erneuten Zufluss.

Was aber die glückliche Wirkung unserer Kur über das mütterliche Individuum hinaus, auf die Frucht betrifft: so habe ich bereits vor einer Reihe von Jahren in *Casper's* Wochenschrift aus meinen Erfahrungen an der Driburger Quelle darauf aufmerksam gemacht und hatte bei Gelegenheit der Naturforscherversammlung in Bremen (1843) die Genugthuung, dass einer der bewährtesten Aerzte, *Barkhausen*, in seiner gründlichen Art diesen Gegenstand zur Sprache brachte. Es war die Rede von der Sterblichkeit der Kinder an Hydrocephalus in Folge des kachektischen Zustandes der Mütter, eine Erscheinung, welche ich durch eine Reihe von Erfahrungen bestätigen konnte, wo nach einer Driburger Kur in der Regel lebenstüchtige Kinder geboren wurden, welche dann glücklich jener Krankheit entgingen, der ihre älteren Geschwister erlegen waren. Diese Kuren hatten, soviel mir erinnerlich ist, alle bei nichtschwangeren Frauen stattgefunden.

Gar häufig fügt es sich indess, dass solche kurbedürftige Frauen gerade während der Sommersaison sich im schwangeren Zustande befinden und es entsteht nun die Frage: soll man Schwangere eine Brunnen- und Badekur durchmachen lassen?

Es schien mir zweckmässig, diese Frage den Anfangs Mai 1855 in Berlin versammelten Badeärzten vorzulegen, um aus der Fülle vielseitiger Erfahrungen über das Verhältniss verschiedenartiger Heilquellen und Bäder zum Zustande der Schwangerschaft diese Frage der Entscheidung näher zu bringen. — Der von Herrn Hofrath *Spengler* herausgegebene Bericht über die „Verhandlungen der ersten Generalversammlung der deutschen Gesellschaft für Hydrologie" (welcher persönlich beizuwohnen, ich verhindert war) bringt nur einen Abdruck meines Aufsatzes, worüber zu discutiren es jedoch den Versammelten an Zeit gebrach. Ich erlaube mir nun, diese wichtige Frage in diesen Blättern einem grösseren Kreise Sachverständiger vorzulegen.

Die Voraussetzung des Badearztes ist, Ungeschwängerte zur Kur zu bekommen. Wenn nun auch die Hausärzte bei ihren zur Badekur bestimmten Patientinnen gegen jede Veranlassung einer Conception in den letzten Monaten vor der Reise protestiren: so kennt man doch die Schwäche der menschlichen (hier vorzugsweise die Unenthaltsamkeit der männlichen) Natur. So wird denn die Trink- und Badekur bis zur erwarteten Menstruation mit mehr oder weniger pathologischen Warnungszeichen fortgesetzt. In Driburg kommt es glücklicherweise nur ausnahmweise vor, dass die Kur „auf eigene Hand" gebraucht wird. Zu solchen Fällen bin ich denn einige Mal — nur drei Mal in 29 Jahren — zu spät berufen, wenn bereits „das Kind mit dem Bade verschüttet" war. Einer Kammerjungfer erinnere ich mich, welche gegen ihre „Amenorrhoe" im Geheimen neben ihrer Herrin die Kur brauchte. Hier musste der Abortus mit dem Mantel einer eingetretenen Menstruatio profusa bedeckt werden. Bis jetzt habe ich indess das Glück gehabt, keine Schwangere, welche unter meiner Leitung die Kur brauchte, jemals abortiren zu sehen. In der vorigjährigen Saison waren deren sieben. Es sind mir Fälle bekannt geworden, wo die rechtzeitige Geburt eines Kindes

später darthat, dass die Mutter bereits während ihrer Kur schwanger gewesen sein musste, ohne dass diese durch irgend welche warnende Symptome unterbrochen wäre. Weit öfter aber verriethen bedenkliche Symptome die nicht vermuthete Schwangerschaft, Symptome, die als vom Uterus ausgehende Reflexerscheinungen verdächtig waren: Nichtvertragen des Brunnens, Erbrechen, Verstimmung, Zahnschmerzen etc. ohne anderweitige Veranlassung. Das Ausbleiben der Menses und eine genauere Untersuchung stellten dann die Sache ausser Zweifel. Im Bade treten nicht selten wehenartige Erscheinungen ein, die sich mit jeder Wiederholung desselben steigern. Bei denen, welche ohne meine Leitung die Kur gebraucht hatten, und vom Abortus überrascht waren, war dieser bereits nach 3—4 Bädern mit solchen unbeachteten Warnungen eingetreten. Natürlich ist die Gefahr des Abortus grösser, wenn bereits öfter Fehlgeburten überstanden waren.

Nach solchen Beobachtungen habe ich denn in der Regel die Anfragen der Hausärzte: ob sie mir eine Schwangere zur Kur zusenden dürften? abschläglich beantwortet und sie auf das nächste Jahr verwiesen. Auch nach einem Abortus oder einer Geburt müssen sechs bis acht Wochen zur Beschwichtigung der afficirten Organe verlaufen sein, ehe die Kur begonnen wird. In den letzten Jahren hat sich mir indess die Erfahrung von der Möglichkeit der Erkräftigung selbst solcher, die in den ersten Monaten der Schwangerschaft sich befinden und der Beweis einer günstigen Einwirkung unserer Kur auf die Proles so auffallend wiederholt, dass ich nicht anstehe in dringenden Fällen von Anämie, solche Schwangere nun direct einzuladen, wenngleich ich mir sehr wohl bewusst bin, welche Sorge ich mir dadurch auflade. Denn nur unter unausgesetzt sorgfältigster Beobachtung von Seiten des Badearztes ist eine solche Kur — sei es bloss Trink- oder zugleich Badekur — zu unternehmen, damit bei dem leisesten Zeichen eines drohenden Abortus, dieselbe sofort ausgesetzt werde. Es ist dieselbe rigorose ärztliche Sorgfalt, unter der es auch apoplectisch Gelähmten gestattet ist, eine Driburger Kur zu versuchen, eine Absicht, welche freilich bei Badeärzten, die mehrere Hundert Kranke zugleich zu behandeln

haben, eine Unmöglichkeit scheint.*) Solche Kuren sind durchaus nur als stärkende zu instituiren und jede sog. Badekrise ist zu vermeiden. Es ist nicht voraus zu sehen, ob die Schwangeren das Trinken und Baden gleichzeitig vertragen, daher mit dem einen oder anderen zu beginnen. Der Mehrzahl scheint das Baden, wenn auch nicht täglich, wohlthuender zu sein, als das Trinken. Doch hatte ich im vorigen Sommer ein Beispiel, wo beim Gebrauche der Kur in voller Intensität eine Schwangere von Tage zu Tage freier von einer melancholischen Seelenstimmung wurde, weshalb sie die Kur brauchte; die Schwangerschaft hatte indess schon fast ihre Hälfte erreicht. Sie verliess Driburg vollkommen genesen.

Schliesslich sei es mir gestattet, einen in physiologischer, sowie in balneologischer Hinsicht gleich merkwürdigen Fall, betreffend die Badekur einer Schwangeren, mitzutheilen. Eine jetzt 30jährige Frau heirathete vor etwa zehn Jahren ihren blutsverwandten Vetter. Beide Gatten waren, abgesehen von einigen skrofulösen Beschwerden in der Kinderzeit, gebildete, gesunde Landleute in glücklichen Verhältnissen lebend; auch waren in der gemeinsamen Familie keine erwähnenswerthe Krankheitszustände hereditär. Das erste Kind der jungen Eheleute war ein Mikrocephalus, jetzt ein 9jähriges Mädchen, welches ich vor etwa 8 Jahren, den Wohnort derselben auf einer Reise berührend, zufällig zu sehen Gelegenheit hatte. Kräftig, höchst lebhaft, von gesunden Sinnen, wie das Kind

*) Als warnendes Beispiel diene folgender Fall, welchen mir Herr Physikus Dr. *W.* vor einigen Jahren mittheilte. Derselbe sandte einen von Apoplexie bedrohten Kranken einem übervölkerten Bade und überladenen Badearzte mit der dringenden Bitte um strengste Obsicht und öftere Benachrichtigung zu. Die letztere blieb aus und nach einigen Wochen fehlten auch die Briefe des Kranken, bis endlich bei Dr. *W.* ein Schreiben des Hauswirths seines Patienten eintraf, des Inhalts, der schwer darniederliegende Kurgast sehne sich, ihn noch einmal zu sehen. Dr. *W.* eilte in das ferne Bad und traf die Leiche seines Kranken. — Den Vorwürfen des erschütterten Arztes wusste der behandelnde (?) Badearzt nur die Entschuldigung entgegen zu setzen, es sei in der Höhe der Saison unmöglich, die Kurgäste so ängstlich zu beaufsichtigen und ebensowenig von einem vielbelästigten Badearzte zu erwarten, darüber periodische Berichte an die Aerzte in die Heimath zu senden. *Bk.*

war, und ohne anderweitige Missbildung, ahnten die Eltern nicht, dass in dem „kleinen Schädel" für eine intelligente Seele keine Stätte sei. Die Hirnarmuth, welche sich in diesem fast stirnlosen (leider ungemessenen) Schädel aussprach, war erschreckend. Das Kind wuchs wild heran, ohne sprechen zu lernen, dagegen war der motorische Theil des Centralnervensystems ungewöhnlich entwickelt, Vegetation und Hämatose trefflich. Das Kind gestikulirt und klettert, wie ein Affe, und seine Intelligenz dürfte nicht höher stehen. — Beim Eintritt der zweiten Schwangerschaft der Frau wurde ich vom Hausarzte wegen einer Kur der Schwangeren in Driburg consultirt und entschloss mich zu dem Versuch. Die junge Frau badete täglich mit Behagen, während sie das gleichzeitige Trinken der Eisenquelle weniger vertrug. Sie gebar ein gesundes, wohlgebildetes Kind. Die darauf folgende Schwangerschaft verlief, ohne dass man den Mahnungen des Hausarztes, die Kur zu wiederholen, Gehör gegeben hatte. Und wiederum kam ein Mikrocephalus, diesmal ein Knabe, zur Welt, welcher indess nach einiger Zeit starb. Von der nun folgenden Schwangerschaft, deren erste Monate wieder glücklicherweise in die Zeit der Kursaison fielen, wurden vier Wochen zur Kur in Driburg verwendet — und wiederum erfolgte die Geburt eines glücklich gebildeten Kindes. Nach solchen Erlebnissen, sollte man denken, würden die Eltern gewitzigt sein. Im vorigen Frühjahre versprach die wiederum Schwangere, die ihr zwei Mal so wohlthätige Kur zu wiederholen, liess sich indess durch häusliche Geschäfte abhalten und gebar zum 3. Mal einen Mikrocephalus!

Ich habe die merkwürdige Serie dieser Geburten einfach historisch hingestellt und überlasse den Lesern, zu entscheiden, ob darauf nicht in Bezug einer günstigen Kurwirkung auf den Fötus mit Wahrscheinlichkeit das Facta loquuntur anzuwenden ist, während ich kein Bedenken trage, aus einer grossen Zahl glücklicher Einwirkungen auf eine kräftigere Blutbereitung der, nach einer Driburger Kur der Schwangeren, gebornen Kinder jenen Spruch unserer Quelle zu vindiciren. — Wenn nach *Virchow* die fötalen Zotten der fötalen Placenta durch die Decidua und durch die mütterlichen Gefässe durchwachsen und frei im mütterlichen Blute hangen: so ist es einzusehen, dass ein geschwächtes Blut der Mutter auf die Bildungszellen des

Fötus nachtheilig, sowie ein durch unsere Kur gekräftigtes wohlthätig einwirken müsse.

„Geht das Wachsthum der Knochenzellen des Schädels in seiner regelmässigen Zeitperiode nicht vor sich," sagt *Guerdan* (Beschr. einer synotischen Missgeburt in der Monatsschrift f. Geburtsk. Bd. IX, Hft. 3): „so tritt sehr häufig angeborner Kretinismus auf; es kommt, wie beim Samenkorn des Secale cornutum nicht zur Entwickelung des Klebers und Stärkemehls, so hier nicht zur höheren Ausbildung des Hirns und seiner Vorstellungsbilder, sondern zur Hirnarmuth. Man sollte glauben, es fehlte ihm der zum animalischen Leben nöthige Aether oder Nervengeist, wenn es einen solchen gäbe und man nicht überzeugt wäre, dass nur die durch den Stoffwechsel sonst gesteigerte Polarität hier durch dessen Ausbleiben auf einer niederen Stufe stehen geblieben ist. Dass jedenfalls in dergleichen ätiologischen Momenten zu Missbildungen Veranlassung gegeben ist, unterliegt keinem Zweifel." Ob wir eine solche belebende Kraft „Aether" oder „durch den Stoffwechsel gesteigerte Polarität" nennen — liegt darin ein grosser Unterschied? Warum aber bleibt diese belebende Kraft öfters aus? Was ist ihr Träger? Doch wohl das mehr oder weniger belebte Blut, das „flüssige Thier", in welchem potentiâ der ganze Organismus enthalten ist. Wie das Blut der nährende Quell der Hirnkraft ist, ähnlich dem Oel, welches die Flamme nährt, dies zu beobachten hat vorzüglich der Geburtshelfer die Gelegenheit bei Metrorrhagieen der Gebärenden, deren Gehirn nur so lange Bewusstsein behält, als es — in horizontaler Lage — von den spärlichen Blutwellen umspült wird. So wurde von dem durch die Kur gekräftigten Blute das Gehirn jener Melancholischen in Driburg täglich energischer innervirt und so wird vom gekräftigten Blute der Mutter die Lebensenergie des Fötus gesteigert, dessen späterem Erkranken am Hydrocephalus, ja dessen kretinischer Hirnarmuth mit Wahrscheinlichkeit vorgebeugt.

XX.

Hülfswege für den Geburtshelfer in Fällen derartiger Verunstaltungen des mütterlichen Beckens, dass ein reifes Kind unverkleinert nicht hindurch geleitet werden kann.

Von

Dr. **Friedrich Ludwig Meissner** in Dresden.

(Fortsetzung.)

6) Die Zerstörung des menschlichen Eies oder die absichtliche Herbeiführung des Abortus.[1]) Es haben, wie *L. Harting*[2]) angiebt, die alten Griechen und Römer sich schon des Eihautstichs bedient um den Abortus in der Absicht des Fruchtmordes herbeizuführen und es soll sogar *Tertullianus*[3]) betreffs des letzteren eines dazu dienenden Instrumentes, das er als Spiculum aeneum bezeichnet, gedacht haben. Gegen das Ende des 16. Jahrhunderts war es zuerst *Jacques Guillemeau*[4]), der bei Metrorrhagien, um dem Accouchement forcé zu begegnen, das Ei anstach und *Mauriceau*[5]) stimmte ihm noch im 18. Jahrhundert, wie

1) Ueber diesen Gegenstand hat die Literatur nur wenig aufzuweisen und wir nennen daher nur folgende wenige Schriften: Diss. med. de abortu salubri, quam grat. facultatis med. praescitu ventilationi publicae exponit D. *Jo. Bohn* P. P. respondente *Geo. Chr. Werther*. Lips. d. 2. Decb. 1707. 4. — *El. R. Camerarius*, Diss. de quaestione: An liceat medico pro salute matris abortum provocare? Tubing. 1697. — *J. H. Slevogt*, Prolusio, qua per partum illegitimum abortumque matris vitam subinde conservandam esse demonstratur. Jenae 1710. 4. — *A. Slevogt*, Diss. Num maturus foetus servandae matris gratia occidendus, aut abortus provocandus sit, ut mater gravida a magno morbo morteve liberetur? Jenae 1710. 4. — *Villeneuve*, De l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin. Marseille 1853.

2) Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. I. Hft. 1. Berlin 1853. S. 128.

3) Opera omnia. Paris 1658. Fol. Lib. de anima. cap. XXV.

4) De la grossesse et de l'accouchement de femmes. Par. 1598. 8.

5) Traité des maladies des femmes grosses, etc. Paris 1721. 8.

auch später *Puzos*[1]), *Leroux*[2]), *Deleurye*[3]) und *Baudelocque*[4]) bei. Ungeachtet der alte christliche Kirchenlehrer *Tertullian* mit frommem Unwillen gegen die Aerzte eifert, welche aus irgend einem Grunde das Ei verletzen, was er Kindermord nennt, so wagte es doch zuerst *Will. Cooper* bei Gelegenheit des Vortrags *Will. Hunter's*[5]) über einen schon im Jahre 1769 besprochenen Fall vom Kaiserschnitt der medicinischen Societät zu London den künstlich herbeigeführten Abortus als Mittel vorzuschlagen, den in England sehr ungern unternommenen und gehassten Operationen des Kaiserschnittes und der Perforation vorzubeugen.

Obschon im Anfange *W. Cooper's* Vorschlag, namentlich in Frankreich, mit verschiedener Missbilligung aufgenommen wurde, so zeigte man sich doch in England ihm weit weniger abhold und ist jetzt ziemlich allgemein dort damit einverstanden, wozu vielleicht mancher andere höchst bedenkliche Vorschlag, wie der abentheuerliche *Blundell's*[6]) mit beigetragen hat. Dieser schlug nämlich vor, weil das Durchdringen des Muttermundes zu Anfange der Schwangerschaft zu schwierig sein möchte, bei sehr verengten Becken im 2. Monate der Schwangerschaft etwas oberhalb der Schambeine in der Linea alba einen vorsichtigen Einschnitt zu machen, ohne die Harnwerkzeuge zu verletzen. Durch diesen Einschnitt soll man den Zeigefinger der linken Hand einbringen, den Uterus aufsuchen und dann ein spitziges Instrument (wie bei der Acupunctur) einstechen um das Ei zu zerstören und dieses Instrument wirksam (erforderlichen Falls 15—20 Minuten lang) nach allen Seiten kehren, bis man von der Zerstörung des Eies überzeugt sei. Dann soll man zuerst auf der einen, sodann auf

1) Traité des accouchemens etc. Paris 1759. 8.

2) Beobachtungen über die Blutflüsse der Wöchnerinnen und die Mittel sie zu stillen. Aus dem Franz. Königsberg 1784. 8.

3) Abhandlung über die Geburt u. s. w. Aus dem Franz. Breslau 1778. 8.

4) Anleitung zur Entbindungskunst. Deutsch vom Professor *Meckel*. 1. Bd. Leipzig 1791. 8. S. 494.

5) Medical Observations and Inquiries. London 1772. Vol. IV. p. 261.

6) The Lancet No. 216. p. 70. — *v. Froriep's* Notizen u. s. w. Bd. XX. No. 20. 1828. 4. S. 319.

der andern Seite mittels des eingeführten Fingers die Muttertrompete hervorheben, und eine Portion aus derselben ausschneiden (was nicht sehr schwierig sei) und auf diese Weise jede spätere Empfängniss unmöglich machen. — *Mende*[1]) wollte, wie sein Vorgänger *Osiander* in Göttingen, jeder Perforation durch bewirkten Abortus vorgebeugt wissen. — Nachdem schon im Jahre 1838 *Wilde*[2]) in Berlin den künstlichen Abortus ohne Rückhalt als ein leichtes und unschädliches Mittel geradezu empfohlen hatte, erklärte sich auch *P. Cazeaux*[3]) zu Gunsten desselben und auch *Dubois*[4]) sprach sich sehr bald darnach für die Berechtigung des Arztes aus, in Fällen, wo wegen Beckenverengerung oder auch wegen organischer Krankheiten der Geschlechtsorgane die Geburt eines lebensfähigen Kindes nicht möglich sei, auch die Mutter sich dem Kaiserschnitte nicht unterworfen wolle, die Frucht behufs der Rettung der Mutter zu tödten. Im Jahre 1846 erklärte sich auch in Belgien *Simonart*[5]) für die Beförderung des Abortus bei hohen Graden von Beckenenge, nachdem er nachzuweisen bemüht gewesen, wie die Vornahme dieser Operation zu Heilzwecken weder gegen die Gesetze der Moral und des Staates, noch der Kirche verstosse, wenn man (im Interesse der katholischen Religion) den Fötus nach Eröffnung des Eies durch Einspritzungen taufe. Als Gegner *Simonart's* trat aber in demselben Jahre *Meerbeck*[6]) auf, die Meinung äussernd, dass aus 4 Gründen der Abortus nicht zur Vermeidung des Kaiserschnittes künstlich erregt werden dürfe: *a)* weil der Fötus weder als Pflanze, noch als Parasit, sondern immer als lebendes Wesen genommen werden müsse, das sich von dem lebenden Menschen nicht unterscheide; *b)* sein Leben als gewiss betrachtet werden müsse, so lange das Gegentheil nicht bewiesen sei, auch der

1) Beiträge zur Prüfung u. Aufhellung ärztlicher Meinungen. 1. Bd. Leipzig 1802. 8.

2) Das weibl. Gebärunvermögen. Berlin 1838. 8. S. 121 u. 210.

3) Traité théorique et pratique de l'art des accouchemens. Paris 1840. 8.

4) Aus Gazette médicale de Paris 1843 in der Neuen Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XX. Heft 1. 1846. S. 136.

5) Journal de Bruxelles 1846. Mai.

6) Annales de la Société de médecine d'Anvers. 1846. Juli.

Kaiserschnitt für dasselbe keine grössere Gefahr habe, als die gewöhnliche Geburt; *c)* das Civilrecht, das Recht der Gesellschaft, das Natur- und göttliche Recht den künstlich hervorgerufenen Abortus verbieten, und *d)* weil die Gefahren des Kaiserschnittes für die Mutter bei weitem nicht so gross seien, als man gewöhnlich glaube. Darauf sich stützend fährt *Meerbeck* fort: Von zwei Uebeln habe man jedesmal das kleinere zu wählen und dieses sei jedenfalls der Kaiserschnitt, da bei ihm die Möglichkeit obwalte Mutter und Kind zu erhalten, während beim Abortus letzteres jedenfalls geopfert werde. Haben nun in England *William Cooper*, *Barlow* und *Kelly*, in Frankreich *Velpeau*, *Moreau*, *Stolz*, *Dubois*, *Cazeaux* und *Chailly*, in Belgien *van Huevel* und *Simonart*, in Italien *Raffaele* und in Deutschland *Wilde*, *Kiwisch* und *Scanzoni*[1]) den Grundsatz aufgestellt, dass man zum Wohle der Schwangern das Kind opfern dürfe, so empfehlen wir auch im Gegentheile die von *Cazzani*[2]) gemachten Einwürfe der Berücksichtigung, welcher sagt: dass unstreitig durch den künstlichen Abortus bei weitem mehr Menschenleben geopfert würden, als durch den Kaiserschnitt; dass jener an sich ein Verbrechen sei und dass dieser Grundsatz leicht zu Missbrauch führen könne. — Wenn dazu manche Geburtshelfer noch äussern, sie halten es für Pflicht die Frauen auf die Alternative des Kaiserschnitts und des künstlichen Abortus aufmerksam zu machen, so kommt unserer Ansicht nach sehr viel auf die Art der Vorstellung an, wenn der Arzt dem Vorwurfe entgehen will, dass er die Schwangere, um eine leichtere Operation zu haben, durch Aengstigung zu einem Entschlusse gebracht habe, der am Ende der Schwangerschaft wahrscheinlich anders ausgefallen sein würde. — In Berücksichtigung aller dieser Umstände pflichten wir unbedingt *Credé*[3]) bei, wenn er sich dahin ausspricht: „Dass wir so lange kein Recht zur Ausführung des künstlichen Abortus haben, als die günstigen Gesundheitsverhältnisse der Schwangern einen günstigen Aus-

1) Lehrbuch der Geburtshülfe. Bd. II. 1850. S. 208.

2) Annali universali di Medicina. Vol. CXXXIV. Milano 1850. Juni p. 530. sqq.

3) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Band XXX. Heft 3. 1851. S. 349.

gang des Kaiserschnittes hoffen lassen können. Die Anzeige zum künstlichen Abortus möchte also auf solche Fälle zu beschränken sein, in welchen die Schwangere voraussichtlich den Kaiserschnitt nicht überstehen kann und ferner auf die Zustände, in welchen, unabhängig von der Räumlichkeit des Beckens in früher Zeit sich lebensgefährliche Zustände der Schwangern ausbilden, welche mit der Mutter nothwendig auch den Embryo zum Tode führen müssen, welche aber durch Abtreiben der Frucht möglicherweise beseitiget werden."

Etwas anders dürfte sich die Frage in Fällen von Extrauterinschwangerschaften, in denen in der Regel das Leben der Schwangern auf dem Spiele steht, gestalten, wenn nur in diesen die Ausführung des Abortus so leicht ausführbar wäre. *v. Ritgen* [1]) hat zwar einen Fall mitgetheilt, in welchem ihm eine Mutterröhrenschwangerschaft zugegen zu sein schien und in welchem nach dem Gebrauche innerer Mittel (Mutterkorn mit Aloë) sich erst wehenartige Schmerzen, späterhin Blutabgang durch den Uterus einstellte, der $^3/_4$ Jahre lang anhielt und mit Genesung endete. Wir sind der Meinung, dass in vielen ähnlichen Fällen eine gleiche Behandlung ganz erfolglos bleiben dürfte und würden mehr Vertrauen dem Verfahren von *Kiwisch v. Rotterau* [2]) schenken, welcher den Rath giebt, in Fällen, wo die schwangere Tuba sich an einem durch die Mutterscheide von dem untersuchenden Finger leicht erreichbaren Orte entwickeln sollte, z. B. in dem *Douglas*'schen Raume, einen feinen Troikart einzustossen und so das Fruchtwasser nach aussen zu entleeren, weil allerdings eine so unbeträchtliche Verletzung des Scheidengewölbes und der Tuba nicht leicht bedenkliche Zufälle zur Folge haben dürfte. *Ed. v. Siebold* [3]) findet dies wegen der Unsicherheit der Diagnose bedenklich und häufig unausführbar.

---

1) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. IX. Heft 2. 1840. S. 206 ff.

2) Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. II. Abtheilung. Prag 1849. 8. S. 275.

3) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Band XXIV. 1. Heft. 1848. S. 152.

7) Die künstliche Frühgeburt[1]) wissenschaftlich bearbeitet, ist eigentlich erst eine Frucht der neueren Zeit, denn

---

1) Folgende Monographien sind zu bemerken: *Franz Anton Mai*, Progr. de necessitate partus quandoque praematuri vel solummodo manuum vel instrumentorum adjutorio promovendi. Heidelbergae 1799. 4. — *Jo. Bohn*, Diss. med. de abortu salubri, quam gratiosae facultatis med. praescitu ventilationi publ. exponet. Resp. *Georg Chr. Werther*. Lipsiae 1707. 4. — *C. Hartmann*, Observationes circa partum praematurum obstetric. manu parandum. Aboae 1817. 4. — *C. Wenzel*, Allgemeine geburtshülfliche Beobachtungen und über die künstliche Frühgeburt. Mainz 1818. 4. — *G. J. G. Harras*, Diss. de partu per paracentesin ovi tempestive eliciendo. Berolini 1819. 8. — *Ad. Ulsamer*, Diss. de partu praematuro arte legitima procurando. Wirceburgi 1820. 8. — *v. Ritgen*, Die künstliche gewaltlose Frühgeburt. Giessen 1820. — *J. Marxsen*, Diss. de partus praematuri artificialis cum synchondrotomia et sectione caesarea comparatione. Kiliae 1820. 4. — *Ruthardt* (Praes. *Riecke*), Diss. de partu praematuro artificiali. Tubingae 1821. — *Franz Reisinger*, Die künstliche Frühgeburt als ein wichtiges Mittel in der Entbindungskunst und vorzüglich als Beitrag zur Charakteristik der englischen Geburtshülfe, historisch und kritisch dargestellt. Augsburg und Leipzig 1820. 8. — *A. Preller*, Diss. de partu praematuro arte effecto. (Halae 1822.) Berolini 1823. — *C. A. Kelsch*, Diss. de partu arte praematuro, Berolini 1824. 4. — *C. H. G. Scheibler*, Diss. inaug. sistens animadversiones de rumpendis velamentis ovi humani. Gryph. 1824. 8. cum tab. — *Mali*, Dei parti naturali anticipati dell' attitudine a vivere de prematuri nascati e dei loro diritti civili. Peruggia 1826. — *Fr. Schelle*, Diss. de partu praematuro arte efficiendo. Berolini 1827. 8. — *J. F. Piringer*, Tractatus de partu praematuro artificiali. Viennae 1825. 8. — *Ed. Koelle*, Ueber die künstliche Frühgeburt. Inaug.-Abhdlg. Bayreuth 1828. 8. — *L. Mende*, De partu arte praematuro artificiali auxiliisque quibus perficitur. Goettingae 1831. 4. — *C. L. Schippan*, Inaugural-Abhandlung. Ueber die künstliche Frühgeburt. Würzburg 1831. 8. — *Ad. Mayer*, Diss de partu praematuro arte efficiendo. Vratisloviae 1831. 8. — *Frey*, Diss. de artificiali partu praematuro. Monachii 1831. — *Schnackenberg*, Diss. de partu praematuro artificiali. Marburgi 1831. Cum Tab. — Ueber die künstliche Frühgeburt. Würzburg 1831. 8. — *Fröhlich*, Diss. de partu praematuro artificiali. Regiomont. 1833. — *Schäfer*, Diss. de partu praematuro. Berolini 1833. — *Schmidt*, Geschichte der künstl. Frühgeburt. Würzburg 1833. 8. — *Stössner*, Die Mittel zur künstl. Frühgeburt. Würzburg 1835. 8. — *Stolz*, Mémoires et observations sur la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin. Stras-

zum ersten Male wurde sie im Jahre 1756 von *Macaulay* durch den Eihautstich verrichtet und wie *Reisinger* sagt, von *Kelly* zuerst mit Glück wiederholt. *Salomon*[1]) in Leyden vergleicht diese Operation mit der Symphysiotomie und führt 77 Fälle davon auf, in denen 43 Kinder lebend geboren und 20 erhalten wurden, während von den Müttern keine verloren ging, dahingegen wurden von 51 Fällen von Schamfugenschnitt nur 34 Frauen und 18 Kinder erhalten. — Zu den dynamischen Mitteln, mit denen man nach *Bongiovanni's* Vorschlage

bourg 1835. 8. — *J. Fr. Rheinisch*, De abortus procuratione. Diss. Wirceburgi 1836. 8. — *Fischer*, Diss. de partu praematuro artificiali. Halae 1836. 8. — *Raedler*, Diss. inaug. de partu praematuro. Monachii 1838. — *Friederich*, Diss. de nova quadam partus praematuri celebrandi methodo. Rostochii 1839. — *G. A. Herzog*, Diss. Nonnulla de partu praematuro cont. Lipsiae 1839. 4. — *Jul. Hoffmann*, Thesis pro venia legendi: Tractatus de partu arte praematuro. Monachii 1840. — *Schlimbach*, Dissertation über die Lebensfähigkeit neugeborner Kinder. Würzburg 1841. — *J. V. Schöller*, Der Tampon, neues, erprobtes und einfaches Mittel zur Veranstaltung der künstlichen Frühgeburt. Berlin 1841. 8. — *Ed. v. Siebold*, Zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt. Göttingen 1842. 8. — *Daniel*, De nova partus praematuri arte legitime promovendi methodo. Marburgi 1843. — *Kabierski*, De partu praematuro. Nissae 1843. — *A. Lacour*, Récherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré. Paris 1844. 8. — *Chr. R. Hammer*, Diss. de partu praematuro. Lipsiae 1844. 4. — *Schwarz*, Die Mittel zur künstlichen Frühgeburt. 1844. — *Lewig*, Diss. de partu praematuro. Berolini 1845. 8. — *Mühlmann*, Diss. de partu praematuro. Berol. 1845. 8. — *Michaelis*, Diss. de partu praematuro. Jenae 1848. — *Friedländer*, Diss. de partu praematuro arte provocando. Berolini 1850. 8. — *Poppelauer*, Diss. de partu praematuro. Berol. 1850. 8. — *Witter*, Diss. de partu praematuro. Berol. 1850. 8. — *A. Rosenfeld*, Ueber die künstl. Erregung der Frühgeburt. Berlin 1851. 8. — *A. O. Wienecke*, Diss. Nonnulla de partu praematuro ob pelvis angustias arte succurente instituendo. Lips. 1851. 8. — *Glitzsch*, Diss. de partu praematuro. Berol. 1852. — *A. Lehmann*, Die warme Douche als Mittel zur Bewirkung des Partus praematurus. Amsterdam 1852. — *Villeneuve*, De l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, consideré d'un point de vue religieux, judiciaire et médical. Marseille 1853. 8. — *Alb. Krause*, Die künstl. Frühgeburt. Breslau 1855. 8.

1) Geneeskundige Bydragen door *C. Pruys van der Hoeven* etc. Stockholm 1. Stuck. 1825.

die Frühgeburt einzuleiten strebte, gehört das Mutterkorn, das aber, wie *d'Outrepont* richtig bemerkt, weniger Wehen hervorruft, als bereits eingetretene verstärkt. Da nun diese Methode den Arzt nicht allein im Stiche lässt, sondern auch die meisten Kinder todtgeboren werden, hat man gegenwärtig diese Methode aufgegeben. — Ein anderes dynamisches Mittel, welches man auf *Schreiber's* [1]) Empfehlung in Gebrauch gezogen hat, ist der Galvanismus oder Electromagnetismus; allein wie gross auch die Erwartungen *Schreiber's* gewesen sind, die Erfolge haben nicht zur Fortsetzung der Versuche ermuntert. *Höniger* und *Jacoby* [2]) versuchten den Galvanismus zu diesem Zwecke bei einer am Ovarialkrebs leidenden 38jähr. Schwangern, wo er aber nicht zum Zweck führte; endlich sprengten sie die Blase, worauf ein lebendes Kind geboren wurde, das nach einer Stunde starb. — Wenn in einem späteren Aufsatze *Schreiber* (in Eschwege) [3]) die Unschädlichkeit des Galvanismus darzuthun bemüht ist, so können wir ihm darin nicht beistimmen, sondern halten dieses Agens für ein den zarten Fötus viel zu stark erregendes Mittel, als dass wir seine Anwendung zu solchem Zwecke versuchen würden. — *Simpson's* [4]) Versuche hatten kein günstigeres Resultat; denn wenn auch in einem Falle lebendige Wehen eintraten, so zeigte sich dagegen in 5 andern Fällen nicht die geringste Einwirkung. — Endlich hat auch *Dorrington* [5]) in einem Falle den Galvanismus zur Erregung der Frühgeburt in Anwendung gebracht. Da nach 2 Tagen noch keine Wehen eintraten, wurde die Blase gesprengt, und ein todtes Kind geboren. *Benj. Frank* [6]) und *Minschick* wollen dadurch jedoch bereits vorhandene Wehen verstärkt haben.

Die von *Schöller* in Vorschlag gebrachte Tamponade der ganzen Mutterscheide hat unter 23 Fällen, wo sie angewendet

---

1) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XIV. Hft. 1. 1843. S. 57.

2) Ebendaselbst. Bd. XVI. Hft. 3. 1844. S. 424.

3) Ebendaselbst. Bd. XIX. Hft. 3. 1846. S. 395.

4) Monthly Journal of medical Science. 1846. Juli. — Neue Zeitschr. f. Geburtskunde. Bd. XXVIII. Hft. 3. S. 424 f.

5) Neue Zeitschr. für Geburtskunde. Bd. XXIX. Hft. 2. 1851. S. 265 u. f.

6) Ebendaselbst. Bd. XXI. S. 313.

worden ist, 10 Mal nichts geleistet und es sah sich der Erfinder [1]) selbst in einem Falle genöthiget noch zum Pressschwamm zu greifen, eine abnorme Haut im innern Muttermunde zu durchstossen und Einschnitte in den Muttermund zu machen, bevor die Geburt von Statten ging. — *Ed. v. Siebold* [2]) versuchte im Jahre 1842 ebenfalls den Tampon und setzte diese Versuche beharrlich sechs Tage lang fort, wo er indess zum Einlegen des Pressschwamms in den Muttermund schritt, welcher endlich effectuirte. Deswegen sagt *Hoffmann* [3]) nicht mit Unrecht, dass die Methode mit dem Tampon nach den bisherigen Erfahrungen so unzuverlässig sei, dass oft 14 Tage verfliessen, bevor Wehen eintreten, ein Zeitverlust, welcher bei bestimmt festgesetztem Geburtstermine möglicher Weise die ganze Operation nutzlos machen kann. — *Alb. Krause* [4]) stellt für den Tampon eine andere Indication auf, und will ihn mit grossem Vortheile als vorbereitendes Mittel in Fällen benutzen, wo es nicht gelingt den Muttermund zu erreichen um ein die Frühgeburt erweckendes Verfahren in Anwendung zu bringen, und wohl möchte er in solchen Fällen versucht zu werden verdienen.

Das bei der Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Mainz im Jahre 1842 von *Hüter* [5]) mitgetheilte Verfahren zur Beförderung der künstlichen Frühgeburt besteht darin, dass er eine äusserlich mit Ol. hyoscyami bestrichene Kalbsblase in die Scheide brachte, dieselbe mittels einer Spritze mit lauwarmem Wasser anfüllen und dann zubinden liess. Diese Procedur wird alltäglich so lange wiederholt, bis Wehenthätigkeit eintritt, was zwischen dem 3. und 7. Tage geschehen soll. In einem spätern Berichte über die geburtshülfliche Klinik zu Marburg erzählt *Hüter* [6]), dass er sich anstatt des Wassers eines Decoct. secal. corn., zugleich auch als Klystir bedient und wenn nach 6—7 Tagen sich noch keine Geburts-

1) Preussische Vereinszeitung. Berlin 1847. No. 43.

2) Neue Zeitschr. für Geburtsk. Bd. XIX. St. 1. 1845. S. 22.

3) Ebendaselbst. S. 103.

4) A. a. O. S. 45.

5) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XIV. St. 1. 1843. S. 126. — Vergl. *Daniel* Diss. cit.

6) Ebendaselbst. Bd. XXXI. St. 2. 1851. S. 223.

thätigkeit eingestellt, ein Stückchen mit Thierblase umhüllten Pressschwamm in den Muttermund gebracht habe. Dieses Verfahren wiederholte *Busch*[1]) in 8 Fällen, doch zeigte es sich hinsichtlich der Kinder nicht günstig, indem 3 todt zur Welt kamen, 3 später starben und nur 2 erhalten wurden. Wie *Hoffmann*[2]) angiebt, war bis zum Jahre 1845 diese Operation 25 Mal ausgeführt worden und von diesen erwachte die Geburtsthätigkeit in 10 Fällen zwischen 14 Stunden und 11 Tagen, wogegen das Verfahren 6 Mal erfolglos war. *Harting*[3]) äussert daher auch die Ueberzeugung, dass der mangelnden Sicherheit wegen diese Methode niemals zu einer selbstständigen Operation sich erheben werde. — Der Umstand, dass die Thierblase leicht fault, veranlasste *Braun*[4]) sich anstatt derselben einer vulkanisirten Kautschukblase zu bedienen, die durch Injectionen angeschwellt wird, die ein Hahn zurückhält. *v. Siebold, v. Ritgen, Germann* und *Birnbaum* haben damit Versuche angestellt, doch starben von 14 Müttern 6; *Breit*[5]) sah dadurch Entzündung der innern Genitalien und Tod herbeigeführt werden. Auch *Grenser*[6]) machte einen Versuch damit und fand den guten Erfolg bestätiget, obschon der Colpeurynter einen kleinen Leck bekommen hatte. — *Schmidt*[7]) berichtet von 15maliger Anwendung dieses Verfahrens, bestätiget die sichere und schonende Wirkung und bemerkt dabei, dass die Ersetzung der Kautschukblase durch Schweinsblasen thunlich sei, da letztere, wenn sie nach dem Gebrauche jedesmal aufgeblasen und getrocknet werden, nie faulen. Vielleicht hierauf fussend schlägt *Stitzenberger*[8]) vor, anstatt der ziemlich kostspieligen Wiener Colpeurynter,

---

1) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. I. 1853. S. 107. — Bd. IV. 1854. S. 222 u. 273.

2) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XVIII. St. 3. 1845. S. 375.

3) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. I. S. 108.

4) Zeitschrift für Wiener Aerzte 1851. S. 540. — Klinik für Geburtshülfe u. Gynäkologie. Wien 1852. S. 124 u. 255.

5) *Göschen's* Deutsche Klinik. Berlin 1853. S. 524.

6) Monatsschr. für Geburtsk. Bd. IV. 1854. S. 450. — Vergl. *Gauchet*, L'Union, 1856. 146.

7) *F. W. Scanzoni's* Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie. 1. Heft. Würzburg 1853. 8. V.

8) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. V. 6. 1855.

die noch dazu leicht zerreissbar seien, 2 gleichgrosse Thierblasen in einander zu schieben, und an einen durchbohrten Flaschenkork zu binden, an das Bohrloch einen 1 Fuss langen Schlauch von vulkanisirtem Gummi zu befestigen und den Apparat durch den *Mohr*'schen Quetschhahn oder in Ermangelung desselben durch eine *Schieber*'sche oder *Charrière*'sche Pincette zu schliessen. — Endlich hob *Grenser* [1]) in der 32. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien 1856 hervor, dass die *Garriel*'schen Colpeurynter ihrer grösseren Einfachheit und Billigkeit wegen die *Braun*'schen recht wohl ersetzen können. Ein solcher französischer Tampon bestehe aus einer kleinen flachbirnförmigen Kautschukblase, von deren Halse eine mehrere Zolle lange Röhre aus gleicher Substanz abgehe, die nach Application und Füllung derselben durch einen etwa 1″ weit hineingeschobenen Schiefer- oder Bleistift geschlossen werde. —

Einen neuen Versuch machte *d'Outrepont* [2]) mittels einfacher Frictionen des Unterleibes durch Reizung des Gebärmuttergrundes die Frühgeburt zu bewirken; allein dazu reicht dieses Mittel, das wohl schwache Wehen verstärken, neue aber nicht wohl hervorzurufen vermag, nicht aus, weshalb es auch *Hoffmann* (namentlich nach *Kilian's* Vorschlage mit warmem Oel) mit warmen Bädern, Einbringen erweichender Salben an den Muttermund, Injectionen in die Mutterscheide, Tragen feuchter Schwämme in der letzteren und milden Abführmitteln in gleiche Linie setzt, d. h. zu den vorbereitenden Mitteln der künstlichen Frühgeburt rechnet.

Die später in Gebrauch gekommenen Methoden die künstliche Frühgeburt hervorzurufen, sind insgesammt gegen die schwangere Gebärmutter selbst gerichtet, bilden aber zusammengenommen zwei Hauptklassen, von denen die erstere alle Operationen mit Erhaltung der Integrität des Eies umfasst, wohin wir besonders 4 zählen: *a)* die Trennung der Eihäute am spitzen Ende des Eies von der Gebärmutter; *b)* die Eröffnung des Muttermundes durch Pressschwamm; *c)* die Erweiterung durch Instrumente und *d)* die warme Douche.

---

1) *Schmidt's* Jahrbücher u. s. w. Bd. XCII. 1856. S. 309.

2) Abhandlungen u. Beiträge geburtsh. Inhalts. Bamberg u. Würzburg 1822. 8. S. 1. — Vergl. *Ad. Ulsamer*, Diss. cit.

Bei Gelegenheit der Bekanntmachung eines Falls von Frühgeburt durch *Davie* nach erstgenannter Methode im Jahre 1820 macht *Edw. Thomson*[1]) bekannt, dass schon acht Jahre früher *Hamilton* ihn dieses Verfahren gelehrt habe, wornach es jetzt meist das *Hamilton*'sche genannt wird. *Reisinger* behauptet, dass vor *Hamilton* schon *Merriman* so verfahren sei. Das schmerzhafte Verfahren mit dem Zeigefinger durch den Muttermund zu dringen und die häufig sich zeigende Unmöglichkeit mittels desselben die Eihäute 2—3″ im Umkreise abzulösen, veranlasste *Riecke* und nach ihm *Mampe* sich dazu eines eingeführten Catheters zu bedienen, in welcher Absicht endlich *Merrem* eine elastische Sonde benutzte. Das Verfahren hat sich aber beinahe in der Hälfte der Fälle erfolglos und demnach unzuverlässig gezeigt.

Die Idee den Muttermund durch Pressschwamm zu erweitern, ist von *Brünninghausen* ausgegangen[2]) und in einem Schreiben vom 19. März 1820 mitgetheilt worden, worauf *El. v. Siebold*[3]) und *Kluge*[4]) sie in Ausführung setzten. Da jedoch das Einführen des Pressschwamms, namentlich bei Erstschwangern, grosse Schwierigkeit machte, so wurden bald mehrere Instrumente für diesen Zweck erfunden, z. B. ein nicht sehr brauchbares nur zweiarmiges von *Osiander*, nächstdem dreiarmige von *Busch*[5]) und *Mende*[6]) und ein etwas complicirteres von Dr. *Schnackenberg*[7]) in Kassel. Auch *Alb. Krause*[8]) hat noch ein zweiarmiges Dilatatorium angegeben. In Beziehung auf Anwendung des *Busch*'schen sagen *d'Outrepont* und *Papius*

1) The London medical Repository edited by D. *Uwins*. Vol. XIV. No. 80. 1820. Aug. p. 102.

2) Neue Zeitschr. f. Geburtskunde Bd. III. St. 3. S. 326. — *Casper's* med. Wochenschrift 1838. S. 657.

3) *El. v. Siebold's* Journal für Geburtshülfe. Bd. IV. St. 2. 1824. S. 270.

4) Mitgetheilt von *Betschler*, in *Mende's* Beobachtungen und Bemerkungen aus der Geburtshülfe. Bd. III. S. 48.

5) Gemeinsame deutsche Zeitschr. für Geburtskunde. Bd. VI. St. 3. 1831. S. 369 mit Abbildung.

6) Ebendaselbst. St. 4. S 549; mit Abbildg.

7) *v. Siebold's* Journal u. s. w. Bd. XIII. St. 3. 1834. S. 472 mit Abbildung.

8) A. a. O. S. 50. Taf. 1. No. 8.

in 4 vergeblich versuchten Fällen, dass ungeachtet des vorsichtigsten Gebrauchs das Instrument unsägliche Schmerzen veranlasst habe und ganz blutig wieder entfernt worden sei. Nun wurden mehrere pincettenartige Instrumente erfunden, z. B. von *Kluge*[1]), *Seulen*[2]) und *O. T. Lovati*[3]) um den Pressschwamm ohne Aufenthalt in den Muttermund zu führen, ehe seine Spitze sich erweicht und er seine Festigkeit verliert. Da nun die Einführung des Pressschwamms mühsam, lästig, nicht immer schmerzlos und auch nicht immer sicher und zuverlässig ist (*d'Outrepont, Hüter, Haase, Schippan, Dubois, Hubeau, Stolz* u. A. m.) hat man sich noch nach andern Mitteln umgesehen die Frühgeburt hervorzurufen.

Nun ist zunächst *Franz A. Kiwisch*[4]) zu nennen, welcher die warme Douche gegen die Vaginalportion der Gebärmutter empfahl. Ein Blechkasten von 10″ Kubikinhalt wird $1^1/_2$ Klafter hoch an die Wand gehängt und ein bis zum Boden reichendes, unten elastisches Rohr in die Vagina gebracht, und mit einem Hahne gesperrt. Nachdem der Apparat mit Wasser von 34° R. gefüllt ist, hält die Douche 10—15 Minuten aus und wird täglich 2—3 Mal wiederholt, worauf gewöhnlich zwischen 20 Stunden und 7 Tagen die Geburt erfolgt. Diesem Vorschlage schenken ihren Beifall *Ed. von Siebold*[5]), *Harting*[6]), *Grenser*[7]) u. A. m. namentlich bei Erstgebärenden, bei welchen der Muttermund schwer aufzufinden und zu eröffnen ist; gleichen Zweck hat auch *Eguisier's* Irrigateur[8]), welcher jedoch zu kostspielig sein soll. Dessen ungeachtet sind auch einige Beobachtungen bekannt gemacht worden, welche die Unzuverlässigkeit der Douchen beweisen,

---

1) *Mende's* Beobachtungen u. s. w. Bd. III. Abth. 1. S. 26 ff.

2) *v. Siebold's* Journal u. s. w. Bd. VIII. St. 3. 673.

3) *C. Chr. Schmidt's* Jahrbücher der in- und ausländ. medic. Literatur. Bd. IV. St. 3. S. 339. — *J. Behrend*, Allg. Repertor. der med. chir. Journalistik des Auslandes. IV. Jahrgg. No. 5. 1833. Mai. S. 97 ff.

4) Beiträge zur Geburtskunde. Würzburg 1846. No. 10.

5) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XXIV. St. 1. 1848. S. 154.

6) Rheinische med. Monatsschrift 1850. Jul. — Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. I. S. 125 u. 161 ff.

7) Monatsschrift für Geburtsk. Bd. I. S. 223 u. 228.

8) Gazette des hôpitaux, 1844. No. 82.

z. B. von *Grenser*[1]), der einmal noch zum Eihautstich und einmal zu *Braun's* Colpeurynter greifen musste. — *Julius Diesterweg*[2]) stellt eine grosse Anzahl Beobachtungen davon zusammen, hält das Verfahren für sehr sicher, der Ausgang der Operation war aber für mehrere Mütter und die Hälfte der Kinder ein tödtlicher. In einigen Fällen mussten die Operateure noch zu andern Methoden ihre Zuflucht nehmen. — Um dieser Unsicherheit zu begegnen empfahl im Jahre 1846 in Hamburg *Cohen*[3]) Injectionen von Theerwasser zwischen die Fötal- und Uterinhäute zu machen, welche gefahr- und schmerzlos seien und gewöhnlich schon nach 12 Stunden den Eintritt der Geburt nach sich zögen und nach den i. J. 1853 zu diesem Vorschlage hinzugefügten Verbesserungen, wodurch das augenblickliche Abfliessen der injicirten Flüssigkeit verhindert und dadurch zugleich der Eintritt der Wehen beschleuniget werden sollte, haben sich viele praktische Geburtshelfer dafür erklärt. *Riedel*[4]) führt 21 Fälle an, in denen jedesmal bald die Geburt eintrat und 12 Kinder lebend und 6 todt geboren wurden, und alle Mütter gesund blieben. Die mit Kreosotwasser behandelten Geburten dauerten durchschnittlich 89, die mit blosem Wasser behandelten nur 48 Stunden. *Germann*[5]) injicirte 1—3 Kinderklystirspritzen voll reinen kalten Wassers mit gleich gutem Erfolg. Auch in 10 von *Steitz*[6]) mitgetheilten Fällen hatte *Cohen's* Verfahren stets Erfolg und bemerkt derselbe, dass *Hohl's*[7]) und *Scanzoni's* Befürchtung, die Eihäute dürften dadurch leicht verletzt werden, niemals sich bestätiget gefunden habe. Zu Gunsten des *Cohen*'schen Verfahrens erklären sich aus Erfahrung *Ortwin Nägele*[8]),

1) Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. I. S. 140. u. Bd. IV. S. 450.

2) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. Bd. IV. 1851. S. 211.

3) Neue Zeitschrift f. Geburtsk. Bd. XXI. Hft. 1. S. 116. — Monatsschrift u. s. w. Bd. II. 1853. S. 321 u. Bd. V. 1855. S. 42.

4) Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. V. St. 1. 1855. S. 1.

5) *Schmidt's* Jahrbücher der in- und ausländischen Medicin. Bd. LXXXVI. 1855. S. 56.

6) *Göschen's* Deutsche Klinik. Berlin 1854. No. 2 und 3. — Vergl. *Jenni*, Schweizerische Zeitschr. 1854. 3. 4.

7) Deutsche Klinik 1853. Mai. No. 21 u. f.

8) Medicin. Vereinszeitung. Berlin 1849. No. 36.

Sack[1]), *Harting*, *Strauss*[2]) und *Riedel*[3]). Alle stimmen darin überein, dass gewöhnliches warmes Wasser eben soviel leiste, als die Kreosotwasser-Injectionen, ja sich sogar noch günstiger gezeigt habe, und dass diese Methode durch die Leichtigkeit, Unschädlichkeit und Schmerzlosigkeit, so wie durch die Günstigkeit ihrer Erfolge keinem andern geübten Verfahren in irgend welcher Beziehung nachstehe. Ferner theilt *Credé*[4]) sechs eigene Fälle aus seiner Praxis, einen *Birnbaum* in Trier[5]) und einen *Riedel*[6]) mit, welche insgesammt die Einfachheit und Sicherheit des *Cohen*'schen Verfahrens darthun. *Birnbaum* hatte die Injectionen durch einen hoch durch den Muttermund eingeführten silbernen männlichen Catheter in die Gebärmutterhöhle bewirkt, ohne die Fruchtblase zu verletzen. Auch *A. Krause*[7]) hat dazu den Catheter empfohlen. Noch einen Fall theilt endlich *Diesterweg*[8]) mit, welcher für Mutter und Kind höchst glücklich verlief.

Wie *Friederich* zuerst die Idee angeregt hatte, durch flüchtige auf die Brüste der Schwangeren aufgelegte Sinapismen und Vesicantien die Frühgeburt zu veranlassen, so schlug auch später *Scanzoni*[9]) den Weg ein durch Reizung der Brustdrüsen die Geburtsthätigkeit hervorzurufen; diese Reizung übte er durch Saugapparate und allerdings sprach dafür die Analogie, da jeder Geburtshelfer weiss, dass durch Saugen der Kinder an der Brust Contractionen der Gebärmutter hervorgerufen und Blutflüsse atonischer Art in der 5. Geburtsperiode gestillt werden. Dazu benutzte er den Schröpfköpfen ähnlich wirkende Kautschukblasen, die er täglich einige Male auf die Brustwarzen setzte und jedesmal einige Stunden ziehen liess. Er empfahl dieses Mittel, obgleich sich ihm die Besorgniss

1) Deutsche Klinik. Berlin 1853. No. 40 d. 1. Octbr.

2) Berichtet von *Schunk*, Ebendas. 1854. No. 14.

3) Monatsschr. f. Geburtsh. Bd. V. 1855. S. 19—41. Bd. XI. Hft. 1. S. 1.

4) Ebendas. Bd. V. Hft. 1. S. 27 u. Bd. VII. Hft. 2. S. 81. Bd. XI. Hft. 2. S. 126.

5) Ebendas. Bd. VII. S. 89.

6) Ebendas. Bd. VII. S. 93.

7) A. a. O. S. 48.

8) Monatschr. f. Geburtshülfe. Heft 6. 1852. S. 91.

9) Monatsschr. f. Geburtskunde. Bd. I. 1853. S. 313.

aufdrängte, dass dadurch möglicher Weise Congestionen und Entzündungen der Brüste veranlasst werden möchten; und allerdings fügt *Credé* in einer Anmerkung sogleich eine solche Beobachtung bei, wo diesem Versuche eine so heftige Entzündung und Vereiterung der Brustwarzen folgte, dass das Säugen des Kindes dadurch ganz unmöglich gemacht wurde. Zwar begrüsst *C. Sickel*[1]) in Leipzig diese Idee mit Freude und hofft von ihr sehr viel, obgleich ihm die Wahrheit schon vorschwebte, dass dieses Mittel mehr dazu geeignet sei bereits eingetretene Wehen zu verstärken, als die Geburt zu bedingen. *Sack*[2]) berichtet einen Fall aus *Kilian's* Klinik, in welchem in 6 Absätzen 20 Stunden lang energisch Saugapparate an die Brüste gelegt wurden ohne die Geburt in Gang zu bringen; da sie aber ferner nicht mehr ertragen wurden, sondern Wundsein und Blasen an den Warzen eintraten, wurde nach *Kiwisch* die Douche, in Verbindung mit heissen Sitzbädern, Belladonnasalbe, Pressschwamm, Tampon angewendet; aber alles vergeblich, bis man endlich nach *Cohen* 4 Unzen warmen Wassers in die Gebärmutterhöhle injicirte, worauf nach 14 Stunden die Geburt erfolgte. (Dabei bemerkt *Sack*, dass *Cohen* zwar diese Injectionen zuerst angewendet, *Schweighäuser*[3]) aber sie bereits im Jahre 1825 schon vorgeschlagen habe.) *Germann*[4]) setzte vom 28.—30. April einer Schwangern sechsmal Saugflaschen an die Brustwärzen, worauf er wegen eingetretenen Brechens und Schmerzen in der Brust 3 Tage lang damit aussetzte. Nachdem am 3. Mai nochmals mehrstündiges Saugen angewendet worden war, traten kräftige Wehen ein und nach künstlich gesprengter Fruchtblase erfolgte die Geburt eines lebenden Kindes. *Langheinrich*[5]) wendete in einem Falle vom 2.—10. Mai 20 Mal die Saugläser an, sah aber in den Brüsten Schmerzen und harte Knoten ent-

1) Monatsschr. für Geburtskunde. Bd. III. 1854. S. 329.

2) *A. Göschen's* Deutsche Klinik. Berlin 1853. d. 1. October. No. 40.

3) Das Gebären nach der beobachteten Geburt u. s. w. Strassburg 1825. 8. S. 229.

4) *Scanzoni's* Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie. Heft 1. 1853. S. 81.

5) Ebendaselbst. S. 85.

stehen. Am 12. Mai wurden die Wehen krampfhaft und brachten die Schwangere zum Deliriren; am 14. erfolgte endlich die Geburt, die glücklicher Weise für Mutter und Kind einen günstigen Ausgang hatte.

b) Wir kommen nun zur Erregung der Frühgeburt mit Aufgebung der Integrität des Eies. — Die älteste Methode die künstliche Frühgeburt zu bewirken, der Eihautstich ist jedenfalls am häufigsten geübt worden und *Harting*[1]) führte bis Ostern 1847 bereits 184 Fälle davon auf, obgleich man mit Sicherheit annehmen kann, dass vielleicht nur die Hälfte derselben veröffentlichet worden sind. Ungeachtet aller Einwürfe, welche ihr im Laufe der Zeit gemacht worden sind, kann ihr doch Niemand den entschiedenen Vorzug der grössten Sicherheit absprechen, weshalb man auch aller Orten, wenn andere Operationsmethoden im Stiche liessen, zu ihr als ultimum refugium seine Zuflucht genommen hat. Wir beabsichtigen nicht hier alle vielfach besprochenen Einwürfe zu wiederholen, besonders da *J. A. Seulen*[2]) sie schon zurückzuweisen bemüht gewesen ist (wenn schon wir noch Manches hinzuzusetzen hätten), sondern wollen nur bemerken, dass *Hopkins*[3]) um den gewichtigsten jener Einwürfe zu begegnen (die darin bestehen, dass man sich durch den Eihautstich über dem Muttermunde und den plötzlichen Abfluss des ganzen Fruchtwassers der Vortheile der Fruchtblase für die Geburt beraube und das Kind allen Gewaltthätigkeiten der Gebärmutter blosstelle) die Idee aussprach, dass man das Ei in einer beträchtlichen Höhe anstechen, und nur eine kleine Menge Fruchtwasser entziehen möge. Wenn nun auch *Reisinger* diesen Vorschlag für eine gefährliche Uebertreibung erklärt, und die leere Besorgniss ausspricht, es werde nicht möglich sein mit einer gekrümmten Sonde auch nur eine mässige Strecke zwischen Uterus und Eihüllen vorwärts zu gelangen ohne die Eihäute zu zerreissen (da man es doch mit der ganzen Hand bei Wendungsversuchen vermag), so haben wir dennoch die Möglichkeit dargethan[4]) und Erfolge erhalten, welche keine andere

1) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. I. 1853. S. 128.
2) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XIV. Hft. 2. 1843. S. 194 ff.
3) Accoucheurs Vademecum, 4 edit. London 1826. p. 114.
4) Heidelberger med. Annalen. Bd. VI. Hft. 4. 1841. S. 495.

Methode übertroffen hat, denn in 8 aufeinanderfolgenden Fällen wurden lebende Kinder geboren und alle Mütter erhalten. Wenn nun dessen ungeachtet (ohne Prüfung und Versuch) einige Collegen Besorgnisse und Anschuldigungen in Betreff unserer Methode geäussert haben, so möge es uns gestattet sein, diese oberflächlich zu berühren und zu beleuchten. *Hoffmann* wiederholt, dass es nicht wohl möglich sein dürfte ohne Kraftaufwand mit dem Instrumente vorwärts zu dringen; hierauf wiederholen wir, dass von einem Kraftaufwande gar nicht die Rede sein kann, sondern dass die Kanüle mit grösster Leichtigkeit hineingleitet, auch niemals dabei die Blase zerrissen ist; nächstdem rügt er, dass das Fruchtwasser verloren gehe, — dieser Vorwurf trifft unsere Methode weniger, da wir nach dem ersten Einstiche das Instrument wieder entfernen und das Fruchtwasser möglichst schonen, um das Kind vor den Gewaltäusserungen der Gebärmutter zu behüten, — und dass dieses auch in der That geschieht, geht aus dem Berichte unseres früheren Amanuensis Dr. *G. Herzog* hervor, dass sich sogar noch in einem Falle eine mässige Fruchtblase stellte. *Harting* bemerkt, unser Verfahren scheine so schwierig zu sein, dass es, so weit die Literatur es nachweise, durchaus keine Nachahmer gefunden habe. Hätte sich *H.* besser in der Literatur umgesehen, so hätte dieser Einwurf keine Stelle gefunden; denn einmal haben wir anderwärts angeführt [1]), dass Med.-R. Dr. *Güntz* in Leipzig das Verfahren von uns (und wie wir jetzt nachträglich bemerken sogar 2 Mal) mit gleich günstigem Ausgange für Mütter und Kinder ausgeführt hat, und Prof. *Hermann* in Bern [2]) wendete es fünf Mal an und sah nur 1 Kind nach einer Steissgeburt todt geboren werden, dagegen wurden ebenfalls alle Mütter erhalten. In England wendeten es *Lee* und *Davis* an, in Deutschland dagegen *Martin*, *Michaelis*, *Kiwisch* und *Elsässer* und zwar fast durchgängig glücklich für Mutter und Kind [3]). In Summa

1) *Schmidt's* Jahrbücher der in- u. ausländ. Med. Bd. XXXI. 1841. S. 174.

2) Schweizerische Zeitschrift u. s. w. herausgegeb. von den medic. chirurg. Centralgesellschaften zu Zürich und Bern. Neue Folge III. 2. 1847.

3) Vergl. *Krause* a. a. O. S. 178, 183, 298, 351 u. 363.

wurden von 26 Kindern 24 lebend und nur 2 todt geboren und alle Mütter erhalten. Wir überlassen gern jedem Geburtshelfer sich vorkommenden Falles eine ihm passend scheinende Methode zu wählen, und suchen unser Kind nur vor unbegründeten Verdächtigungen sicher zu stellen. Endlich haben andere Geburtshelfer, wie *d'Outrepont*, *Villeneuve*[1]) u. A. m., welche obige Besorgnisse nicht theilten, unsere Methode in allen Fällen zu befolgen empfohlen, wo eine andere, wie es nicht selten geschieht, den Operateur im Stiche lässt.

Ganz von demselben Gesichtspunkte mit uns ging *Ritgen*[2]) aus, welcher vermittels seines Stechsaugers nur eine geringe Quantität Fruchtwasser zu entziehen strebt, dazu aber wohl eine grössere Eröffnung des Muttermundes bedarf. — Nicht Eigenliebe ist es, die uns auf unserer Methode bestehen lässt, sondern die von uns dabei gewonnenen Erfahrungen und die unbestreitbare Sicherheit des Erfolgs; sagt doch selbst *Cohen*[3]), dass er ausser seiner Methode nur dem Einhautstiche diese Sicherheit des Erfolgs zuerkenne. *Herrmann* rettete dadurch von 9 Kindern 8 und *Harting*[4]) weiset nach, dass, alle Fälle zusammengenommen, in 182 Geburtsfällen 113 Kinder lebten und nur 69 starben oder todt geboren wurden. — Um alle Operationsmethoden zu berühren, gedenken wir auch noch der Empfehlung der in die Vagina geleiteten Kohlensäure durch *Scanzoni*[5]), gegen deren Zweckmässigkeit sich zwar *Hohl*[6]) ausgesprochen hat, die aber durch *Braun*[7]) vertheidiget worden ist.

Vom rechtlichen Standpunkte aus lässt sich unserer Mei-

---

1) Revue médico-chirurg. 1850. Mai. — *Schmidt's* Jahrbücher. LXXXIX. 1856. S. 69. — *P. Silbert (d'Aix)*, Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer et le meilleur moyen de le déterminer. Paris 1855. 8. — *Schmidt's* Jahrbücher. Bd. XCIII. 1857. S. 261. — Vergl. endlich *Simonart*, aus Annales médico-légales belg. in *Canstatt's* Jahresbericht. 1848.

2) Die künstliche gewaltlose Frühgeburt. Giessen 1820. 8.

3) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. II. 1853. S. 327.

4) Ebendaselbst. Bd. I. 1853. S. 129.

5) Wiener medicinische Wochenschrift. 1856. 11.

6) *Göschen's* deutsche Klinik. Berlin 1856. No. 39.

7) Wiener medic. Wochenschrift. 1857. 11.

nung nach um so weniger etwas gegen die künstliche Frühgeburt sagen, als die Natur selbst auf dieselbe hingewiesen und die Aerzte gewissermassen zur Nachahmung aufgefordert hat, indem sie durch zufällige frühzeitige Entbindungen den Beweis geliefert hat, dass durch frühzeitiger eintretende Geburt selbst Frauen mit beträchtlich verengten Becken lebende Kinder gebären können; doch versteht es sich von selbst, dass nur die die Erhaltung des kindlichen Lebens beabsichtigende, keineswegs aber die in verbrecherischer Absicht den Tod des Kindes bezweckende Frühgeburt zulässig und straflos ist. —

Man hat ziemlich übereinstimmend das Vornehmen der künstlichen Frühgeburt bei andern Kindes- als Kopflagen widerrathen; wir theilen diese Ansicht aber nicht; denn, wird sie nur dort vorgenommen, wo sie der Perforation vorbeugen soll, ist das Kind einmal als verloren anzusehen, und man erleichtert dann doch wenigstens der Mutter die Entbindung noch beträchtlich, ungerechnet dass auch noch bei andern nachfolgenden Operationen die frühzeitigen Kinder häufig lebend geboren werden. Wir haben nach eingeleiteter Frühgeburt noch mehrmals die Zange mit vollkommen glücklichem Ausgange für das Kind angewendet und so auch viele andere Geburtshelfer; und *Ludwig* in Hall [1]) hat unter Andern den Beweis geliefert, dass auch noch die Wendung des Kindes mit Erhaltung des Lebens gemacht werden kann. — Ebenso unrichtig würde es aber auch sein, festzustellen, dass die künstliche Frühgeburt nur an ganz gesunden Frauen vorgenommen werden solle, weil öfters in andern Krankheiten nur durch die Beendigung der ihrem Ende nahen Schwangerschaft der Mutter das Leben erhalten kann, wofür wir einige Erfahfahrungen aus der Literatur hier beibringen wollen.

Wenn schon in der früheren Zeit, wie *Hofmann* [2]) berichtet, *Lyne* und *Hull* bei der Zurückbeugung der Gebärmutter die Paracentese der letzteren sammt dem Ei vorgeschlagen haben, so bemerken wir hierzu einmal, dass Fälle

1) Würtembergisches Correspondenzblatt. 1853. No. 25. — *Schmidt's* Jahrbücher. Bd. LXXX. 1853. S. 52.

2) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XIV. Hft. 3. 1843. S. 365.

von unmöglicher Reposition jetzt sehr selten vorkommen dürften, seit man weiss, dass häufig bei täglichem Katheterisiren und Sorge für Darmausleerungen in halber Bauchlage der Schwangern, die Gebärmutter, die zur weiteren Ausdehnung nur Raum nach der Bauchhöhle zu findet, nicht selten ganz von freien Stücken sich wieder mit ihrem Grunde über den Eingang des kleinen Beckens erhebt, — und demnächst, dass die Paracentese in solchen Fällen gar nicht als künstliche Frühgeburt (vor dem 5. Monate nach der Empfängniss), sondern als künstlicher Abortus betrachtet werden müsste, von dem wir bereits gehandelt haben. Gleichwohl hat neuerlich wieder in solchen Fällen ohne Verengung des Beckens *P. Dubois*[1]) den künstlichen Abortus durch die Paracentese vorgeschlagen, ohne dass jedoch der Vorschlag unseres Wissens bis jetzt befolgt worden ist; besonders da jeder Geburtshelfer in einem solchen Falle eher alles Mögliche versuchen würde zum Muttermunde zu gelangen und durch diesen das Ei zu eröffnen, als die Gebärmutterwand, die häufig verdickt ist und an der auch möglicherweise noch die Placenta festsitzen kann, zu durchstechen. — Eine andere und richtigere Indication für die künstliche Frühgeburt stellte *Denman*[2]) auf, dem es zweimal gelungen war in Fällen von habituellem Abortus kurze Zeit vor dem Eintritte des zu fürchtenden Zeitpunktes durch die künstliche Frühgeburt lebende Kinder zu erhalten. Hat auch gleich *Hofmann*[3]) gewichtige Einwendungen gegen diese Indication gemacht, nämlich dass man auch nach mehreren frühzeitig unterbrochenen Schwangerschaften niemals die frühere Ueberzeugung hat, dass dies wieder der Fall sein werde; — dass es nicht immer möglich ist den richtigen Zeitpunkt für die Frühgeburt zu bestimmen; — dass erfahrungsmässig öfters bei einer richtigen und sorgfältigen diätetischen und therapeutischen Pflege es gelingt die Schwangerschaft glücklich zu Ende zu führen, — und dass man bei einem Weibe, welches

1) Gazette des hôpitaux. Tom. XXI. 14. 1848.

2) *Denman*, Introduction in the practice of midwifery. II. Tom. London. 1791. (VII. edit. by *Waller*. 1832. 8.) — Anleitung zur praktischen Geburtshülfe. Aus dem Engl. von *Römer*. Zürich und Leipzig. 1791. 8.

3) A. a. O. S. 369 ff.

stets zu Fehlgeburten geneigt gewesen und dessen Genitalsystem dem zu Folge nichts weniger als gesund ist, durch Erzwingung der Frühgeburt ein Wagniss unternehme; — so wird doch obige Indication Geltung behalten, wenn ein ähnliches Befinden der Mutter wie in den früheren Schwangerschaften einen gleichen ungünstigen Ausgang befürchten lässt und darum geben wir Prof. *Hayn* [1]) in Königsberg recht, wenn er bei einer Frau, die in vier auf einander folgenden Schwangerschaften jedesmal kurz vor dem Ende ungeachtet aller getroffenen zweckmässigen Vorkehrungen von todten Kindern entbunden worden war, in der 5. Schwangerschaft sich entschloss kurze Zeit vor dem gefürchteten Termine die künstliche Frühgeburt durch Einbringung des Pressschwamms und Anwendung des *Busch*'schen Ausdehnungswerkzeugs des Muttermundes einzuleiten, wodurch es ihm gelang einen beinahe vollständig ausgebildeten lebenden und gesunden Knaben zur Welt zu bringen.

Wenn bei manchen Dislocationen der schwangern Gebärmutter die künstliche Frühgeburt vorgeschlagen worden ist, z. B. von *Busch* beim Bruche derselben, so erklären wir uns abfällig, da wir nicht begreifen, wie ein lebendes Kind, was *B.* beabsichtiget, in solchem Falle zu Tage gelangen soll und hier jedenfalls bei weit gediehener Schwangerschaft der Gebärmutterschnitt am Platze wäre. Noch viel weniger halten wir aber die künstliche Frühgeburt beim Vorfalle der schwangern Gebärmutter für nothwendig, weil man in solchen Fällen meistens ein sehr weites Becken vor sich hat und die Erfahrung bei Vorkommnissen dieser Art [2]) sattsam gelehrt hat, dass es häufig gelingt die ganze schwangere Gebärmutter bei angemessenem Verfahren durch das Becken hindurch zu bringen. Uns ist nur der einzige Fall von *Wimmer* [3]) bekannt, wo die bis zum 6. Monate fortgeschrittene Schwangerschaft der prolabirten Gebärmutter mit einer spontan eingetretenen Frühgeburt endete, die aber freilich den Tod im Gefolge hatte. — Bei Besprechung der mit Wassersucht complicirten Schwanger-

1) *Casper's* medicin. Wochenschrift. Berlin 1837. No. 31.

2) N. in *J. Ch. Stark's* neues Archiv für die Geburtshülfe. I. Bd. 1. St. Jena 1798. 8. S. 73. 80.

3) Oesterreichische medicin. Jahrbücher. Bd. VI. Hft. 3.

schaft stellten wir [1]) im Jahre 1826 die Frage auf: Ob es nicht, da die wegen Bauchwassersucht angestellte Paracentese meistens Fehlgeburt mit todten Kindern und häufig auch Tod der Mütter zur Folge gehabt hat, zweckmässiger sei die künstliche Frühgeburt einzuleiten und währenddem arbeitete schon *Elias von Siebold* [2]) an einem Berichte über die Berliner Entbindungsanstalt, in welchem er über eine im Juni 1822 aus diesem Grunde unternommene künstliche Frühgeburt Mittheilung machte. Die schon im höchsten Grade entkräftet in die Entbindungsanstalt gelangte Mutter konnte zwar nicht erhalten werden, aber das Kind wurde gerettet und nach 8 Wochen seinem Vater übergeben. Noch in demselben Jahre unternahm *C. G. Carus* [3]) bei einer mit Erstickungsbeschwerden kämpfenden und fast mit dem Tode ringenden zu ihm gebrachten Frau, welche nach dem Scharlachfieber wassersüchtig geworden war, die künstliche Frühgeburt, durch welche ein 7monatliches schlecht genährtes todtes Kind gewonnen wurde. Die noch angestellte Punction entleerte 14 Pfund Wasser aus dem Unterleibe, aber die Kranke erlag der Putrescentia uteri. Nur in dem von *G. Langstaff* [4]) mitgetheilten Falle, wo in der 9. Schwangerschaft am 19. März das Fruchtwasser abgelassen und Tags darauf bei der Paracentese des Leibes 25 Pinten Wasser abgelassen worden, am 23. März aber leicht die Entbindung erfolgt war, wurde die Mutter hergestellt.

Wenn manche Geburtshelfer bei wirklichen Spätgeburten durch ungewöhnliche Grösse der Kinder beträchtlich erschwerte Entbindungen gesehen haben, wie *Hofmann* [5]) deren drei mittheilt, und darin einen Grund zur Anzeige der künstlichen Frühgeburt finden möchten, so erscheint uns dies in der Praxis um deswillen bedenklich, weil uns die Erfahrung gelehrt hat,

---

1) Forschungen des 19. Jahrhunderts im Gebiete der Geburtshülfe u. s. w. Bd. I. 1826. S. 66.

2) Journal für Geburtshülfe u. s. w. Bd. IV. St. 2. 1824. 8. S. 311.

3) Ebendaselbst. Bd. VI. St. 2. 1826. S. 242.

4) Medico-chirurg. Transactions Vol. XII. p. II. — *v. Froriep's* Notizen im Gebiete der Natur- und Heilkunde. Bd. VI. Weimar 1824. Febr. No. 11. S. 170—74.

5) A. a. O. S. 161.

wie häufig sich Frauen um Wochen, ja selbst Monate verrechnet haben, was dann leicht Veranlassung zur unzeitigen Uebung der Frühgeburt geben möchte; ja es dürfte in manchen Fällen selbst unpolitisch sein gegen eine solche Berechnung zu streiten. Eine reiche Dame in Leipzig, die in dem Rufe stand mit einem jungen liebenswürdigen Bühnenhelden in einem mehr als vertrauten Verhältnisse zu stehen, bedurfte bei ihrer Entbindung der Kunsthülfe und sie wurde durch uns mittels der Zange von einem kräftigen Kinde entbunden, das der Gatte für eine eilfmonatlich getragene Frucht erklärte. Als wir uns ungläubig darüber äusserten lieferte er uns den unumstösslichen Beweis seiner Behauptung durch die Erklärung, dass eine Unmöglichkeit 40 wöchentlicher Schwangerschaftsdauer in diesem Falle vorliege, da er um jene Zeit, in welche die Empfängniss in diesem Falle stattgefunden haben würde, auf einer 5 monatlichen Reise im Auslande sich befunden habe. Welcher unserer Collegen würde nicht mit uns diese Beschuldigung einer falschen Rechnung durch verlegenes Schweigen zugegeben haben? Auf die Frage, was wir nun sagten, entgegneten wir: merkwürdig in der That, uns ist ein so seltener Fall, so weit wir uns in diesem Augenblicke erinnern, noch nicht vorgekommen, und der seiner Gattin blind vertrauende Ehemann war überzeugt, dass nur die Spätgeburt in diesem Falle den Gebrauch der Zange bedingt habe. —

Unter den gewöhnlichen Schwangerschaftsbeschwerden der Frauen sind die gewöhnlichsten die Affectionen des Digestionsapparates, namentlich Uebelkeit und Erbrechen, die zwar meistens nur während der ersten Monate der Schwangerschaft vorhanden sind und sich alsdann verlieren, die wir aber auch in einzelnen Fällen bis zum Beginnen der Geburt haben fortdauern sehen. Nach *Merriman's* Mittheilung [1]) soll ein angesehener englischer Arzt, welcher dadurch eine Schwangere dem Tode nahe gebracht gesehen, durch die künstliche Frühgeburt Mutter und Kind gerettet haben, und wenn auch *Ingleby* [2]) und *Conquest* [3]) in ähnlichen Fällen die künstliche

1) Medico-chirurgical Transactions. Vol. III. p. 139.

2) Practical Treatise on uterine haemorrhage etc. p. 41.

3) Outlines of midwifry, developing its principles and practise. London 1820. IV. edit. p. 41.

Frühgeburt anrathen, so wird sie doch auch im Gegentheile von *Hofmann*, *d'Outrepont*, *Ch. Dubreuilh*[1]) wieder abgerathen, weil man nicht leicht eine Schwangere dadurch ums Leben kommen sieht und es oft kurz vor der Geburt beim Senken des Leibes noch schweigt. Demnach können nur besondere Umstände die Nothwendigkeit der Unternehmung einer solchen Operation in einem gegebenen Falle herausstellen. Jedenfalls ist es aber unstatthaft nach Art der Engländer, wie neuerlich *Fl. Churchill's*[2]), dieses Erbrechens wegen den künstlichen Abortus zu erregen, da in den späteren Monaten meist dieses Symptom nachlässt und ohne Noth viele Kinder dadurch geopfert werden dürften. — Auch bei den Gebärmutterblutflüssen der Schwangern haben französische Aerzte, wie *Guillemeau*, *Mauriceau*, *Puzos*, *Deleurye*, *Baudelocque* u. A. m. die künstliche Frühgeburt empfohlen, aber erst deutsche Aerzte, wie *Reisinger*, *Carus*, *Busch*, *Jörg* u. A. haben mit Recht dieses Verfahren auf diejenigen Fälle beschränkt, wo der Blutfluss Folge einer Placenta praevia lateralis in einem der letzten Monate der Schwangerschaft ist, wo man auch, wie *Schippan* sehr richtig angiebt, nicht viel wagt, da man jeder Zeit bei Fortdauer der Blutung noch das Accouchement forcé folgen lassen kann. Auch *G. Harvey*[3]) erkennt diese Indication an und vollführte sie viermal.

Die gefahrvollste Neurose bei Schwangern ist die Eclampsie, welche oft Müttern und Kindern das Leben raubt und oft erst mit der Entleerung des Uterus schweigt. Deshalb haben schon *Carus*, *Busch*, *Velpeau* und *Hofmann* bei hartnäckigen Fällen die künstliche Frühgeburt dagegen empfohlen und neuerlich haben *O. T. Lovati*[4]) in 2 Fällen, *Ulsamer* 2 Mal, *Braun* 6 Mal, *Zasi*, *Rehmann*, *Chailly*, *Bourgeois* und *Rul-Oger* (wie *Kraus*[5]) berichtet) jeder 1 Mal (von

1) Journal de Médecine de Bordeaux. 1854. Févr. et Mars.

2) Aus Brit. Rec. s. obstetr. med. 1848. Jan. Febr. — in der Neuen Zeitschr. für Geburtskunde. Bd. XXXIII. 1852. S. 99.

3) The London medical Gazette 1850. July.

4) Annali universali di medicina. 1832. Dicembre. — *Behrend*, Allgemeines Repertorium der medicin.-chirurg. Journalistik des Auslandes. Bd. XIII. Leipzig 1833. S. 97 ff.

5) A. a. O. S. 54. ff.

19 Müttern wurden 14 erhalten) Mütter und Kinder dadurch gerettet. Auch *Steinbrenner* [1]) berichtet einen günstigen Fall davon, so wie ferner *Schillinger* in Schemnisz in Ungarn [2]) einen solchen, während *Casier* [3]) wenigstens die Mutter rettete. *Cabaret* [4]) giebt dagegen den Rath die Geburt durch Zange oder Wendung zu beendigen und sich durch Einschnitte in den Muttermund nöthigen Falles den Weg dazu zu bahnen.

Bekanntlich hatte schon *Costa* den Rath gegeben; wenn die Schwangerschaft mit einer das Leben der Mutter gefährdenden Krankheit complicirt und das Kind lebensfähig ist, die künstliche Frühgeburt zu unternehmen und *Charles Dubreuilh* [5]) that dies in der 30. Woche der Schwangerschaft wegen eines organischen mit lebensgefährlichen Zufällen complicirten Herzleidens mit so gutem Erfolge, dass Mutter und Kind erhalten wurden. — Auf ähnliche Weise unternahm die künstliche Frühgeburt *F. A. Aran* [6]) in einem Anfalle von Apoplexia pulmonum der Schwangern und erhielt Mutter und Kind. Mit Erfolg schlugen dieses Verfahren bei Pneumonie *Krause, Dubreuilh* und *Thirion*; bei Dyspnöe *Billi*, bei Manie *Radford* und bei Brightscher Nierenkrankheit *Chiari* ein. — Ferner will *Paul Dubois* die künstliche Frühgeburt unternommen wissen, wo in der Bauchhöhle befindliche Geschwülste die nothwendige Ausdehnung der Gebärmutter nicht gestatten. — Einen interessanten Fall von Kropf bei einer zum achten Male schwangern Frau, die in Folge davon zu ersticken drohete, machte *d'Outrepont* bekannt [7]); als er eben im Begriff war, zur Lebensrettung der Mutter die künstliche Frühgeburt zu machen, überhob ihn die Natur der Mühe, indem sie die natürliche herbeiführte und dadurch die Richtigkeit der Indi-

---

1) Gazette médicale de Strasbourg. 1850. 8.

2) Ungarische Zeitschr. f. Natur- u. Heilkunde. V. 1854. 21.

3) Presse médicale Belge 1853. No. 3. d. 7. Janv.

4) Revue thérapeutique du midi 1850 Octb. u. Gazette méd. de Paris. No. 26. 1854. 1. Juil.

5) L'union médicale 1854. No. 22. — Monatsschr. f. Geburtskunde. Bd. III. S. 473 f.

6) Gazette des hôpitaux 1857. No. 88. — *Schmidt's* Jahrbücher. Bd. XCV. S. 202.

7) Dessen Beobachtungen und Bemerkungen u. s. w.

cation bekräftigte. — *Credé*[1]) unternahm in einem Falle von lebensgefährlicher Vereiterung des Bindegewebes am rechten Oberschenkel die künstliche Frühgeburt um wenigstens das Kind zu retten, da ausserdem der Untergang beider augenscheinlich war. — Wir erhielten dadurch eine an Nieren- und Bauchfellentzündung leidende Schwangere sammt ihrem Kinde am Leben. —

Selbstverständlich hat man ausser dem Becken auch noch die Ausbildung des Kindes zu berücksichtigen und das Verhältniss beider zu einander, wenn man keinen Fehler begehen will; beides hat aber seine Schwierigkeit, da es bis jetzt noch keinen ganz zuverlässigen Beckenmesser giebt und für die Ausbildung und Grösse des Kindes, namentlich auch für das Erkennen etwaiger Monstra per excessum uns alle diagnostischen Hülfsmittel abgehen. Nur bei Mehrgebärenden würde einigermassen unter gleichgebliebenen Umständen von der Grösse früher geborner Kinder auf die des zu erwartenden geschlossen werden dürfen. Jedenfalls ist es aber als Kunst- oder Rechnungsfehler zu betrachten, wenn man sich nach bewirkter Frühgeburt, durch welche eben der Perforation vorgebeugt werden soll, noch zu dieser genöthiget sieht, wie es z. B. *J. H. J. Wellenbergh*[2]) in Haag, *Seulen* in Jülich[3]) und manchem Andern begegnet ist. — Es sagt *Franz A. Kiwisch v. Rotterau*[4]), es sei höchst wünschenswerth für die Operation der künstlichen Frühgeburt sich von den Grössenverhältnissen des Kindes möglichst genaue Kenntniss zu verschaffen, aber zu bedauern, dass unsere Hülfsmittel in dieser Hinsicht zu beschränkt seien. Wenn er nun etwas später hinzufügt, man habe diese Operation immer dort anzuwenden, wo der kleinste Beckendurchmesser (gewöhnlich die Conjugata) $2^1/_2$—3″ halte und in Fällen, wo dieses Mass 3—$3^1/_2$″ betrage nur wenn andere geburtserschwerende Umstände, als rasches Wachs-

1) Annalen des Charité-Krankenhauses u. s. w. Jahrgang III. Heft 2. Berlin 1853. S. 251.

2) *J. H. J. Wellenbergh*, Abhandlung über einen Pelvimeter. Haag 1831. 8.

3) *v. Siebold's* Journal für Geburtshülfe u. s. w. Band VIII. St. 3. 1828. S. 673.

4) Beiträge zur Geburtskunde. Bd. I. Würzburg 1846. 8. S. 29.

thum der Frucht und zu bedeutende Neigung des Beckens vorhanden sei, so gesteht er doch durch den Vordersatz selbst zu, dass jenes nicht wohl zu ermitteln sei. Was den Zeitpunkt der Schwangerschaft anlangt, zu welchem die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden soll, so gilt allgemein der Grundsatz, dass es für die Erhaltung des Kindes am vortheilhaftesten sei, es möglichst spät zu thun, weil dann seine Lebensfähigkeit am grössten ist. Wir haben jederzeit dazu die 35.—36. Woche der Schwangerschaft gewählt, uns aber niemals dazu entschliessen können schon in der 30. Woche dazu zu verschreiten, weil dann die Kinder nach der Geburt meistens schnell verloren gehen, auch haben wir es nie bereuet, da die Erfahrung uns gelehrt hat, dass auch in der späteren Zeit die kindlichen Kopfknochen noch so viel Elasticität besitzen, dass sie sich nach dem Becken schmiegen. In der Regel waren die Gebärenden früher schon durch Perforation des Kindeskopfes entbunden worden und leicht dazu zu bestimmen gewesen, auf die ersten Symptome einer neuen Schwangerschaft sorgsam zu achten, was allerdings die Berechnung des erwähnten Zeitpunktes für die Operation leichter macht, als bei Erstgeschwängerten.

(Schluss folgt.)

XXI.

Notizen aus der Journal-Literatur.

Barker: Ueber die Anwendung des Veratrum viride beim Puerperalfieber.

Bei Gelegenheit einer sehr ausführlichen Discussion in der medicinischen Academie zu New-York über das Puerperalfieber, theilte *B.* mit, dass er seit einer Reihe von Jahren sich des Veratrum viride mit bestem Erfolge beim Puerperalfieber bediene. Die Wirkung desselben ist rein sedativ auf das Blutsystem, ohne gleichzeitig die Lebenskräfte herabzudrücken. Es muss vorsichtig angewendet werden, da es eins der stärksten Arzneimittel ist. *B.* bediente sich besonders der Tinktur und reichte stündlich

2—3—4 Tropfen, so lange die Gefässaufregung dauerte. Die Wirkung soll sich stets schnell einstellen, so dass die Frequenz des Pulses bald von 140 bis auf 80 und weniger Schläge in der Minute herunter geht. Die örtlichen Erscheinungen werden zwar nicht unterdrückt oder unterbrochen, vermögen aber nach der Dämpfung der Gefässaufregung nicht mehr, das Allgemeinbefinden in bedenklicher Weise zu trüben. —

Wenn auch diese Anpreisungen des Mittels zu einigem Zweifel berechtigen, so ist es doch wohl Pflicht, dasselbe weiter zu prüfen und wahrhaft glücklich wären wir zu preisen, wenn wir in den Stand gesetzt wären, die Puerperalfiebererkrankungen vielleicht nur zu mildern.

(Gaz. hébdom. No. 49, 50, 1857.)

Mascarel: Ueber die Diagnose und Behandlung der Geschwüre des Gebärmutterhalses.

Verf. theilt die Ulcerationen, welche am Collum uteri vorkommen, in 2 Klassen:

1) Einfache oder idiopathische und
2) complicirte oder symptomatische. Diese 2. Klasse begreift folgende 6 Unterarten in sich:

1) Ulc. durch fremde Körper; 2) herpetische; 3) skorbutische 4) strumöse; 5) syphilitische; 6) krebsige Geschwüre.

Die Behandlung dieser Geschwüre ist dieselbe, wie an andern Theilen des Körpers, nur ihre Diagnose bietet, aus leicht begreiflichen Gründen, grössere Schwierigkeiten dar und erfordert alle Umsicht und Takt des Arztes.

Vermuthen müssen wir solche Geschwüre 1) bei Schmerzen innerhalb und ausserhalb des Beckens; 2) bei Metrorrhagie und 3) bei Leucorrhoe. Hierauf müssen wir Rücksicht nehmen auf den äussern Habitus der Kranken, das Alter, Beschäftigung, Lebensweise, Wohnort, den gewöhnlichen Gesundheitszustand, überstandene Krankheiten, selbst die der Eltern, Temperament, Menstruationsverhältnisse, Schwangerschaften. Nicht minder müssen wir zu erforschen suchen, ob Hautkrankheiten vorhanden sind und wie sie behandelt wurden und deshalb alle Körpertheile genau untersuchen. Vor Allem aber wird uns nächst der Digitaluntersuchung das Speculum das vollste Licht verschaffen und ist deshalb stets zur Feststellung der Diagnose in Anwendung zu ziehen. Zum Beweise für die Nothwendigkeit des Gebrauchs des Speculum führt Vf. ein Beispiel an, wo nur mit Hülfe desselben der wahre Krankheitszustand erkannt und geheilt wurde, der von Andern für unheilbar gehalten worden war. Natürlich müssen beim Gebrauch desselben die Nebenumstände berücksichtigt werden und so z. B. die Menstruation, grosse Schwäche, heftiger Blutfluss als Contraindicationen betrachtet werden.

Als veranlassende Ursachen für die Ulcerationen des Mutterhalses sind vorzüglich hervorzuheben, die Lagenveränderungen des Uterus jeder Art, die wir nicht allein bei Frauen, welche bereits geboren haben, sondern auch bei solchen, die noch nicht geboren, ebenso wie bei Jungfrauen nicht selten antreffen. Mag nun hierbei der Hals für die äussern Agentien zugänglicher werden, oder eine vermehrte Friction an den Scheidenwänden Veranlassung zu den Excoriationen, Ulcerationen oder Erosionen geben. In gleicher Weise geben alle geschlechtlichen Reizungen, namentlich Uebermass im Coitus eine häufige Ursache ab.

Als prädisponirende Ursachen sind hervorzuheben das Alter vom 18. bis 36. Jahre, übermässige Entwicklung des Mutterhalses, (Lallemand) Schwangerschaft, nervöses Temperament, psychische Eindrücke, Nachtwachen, die Gewohnheiten der grossen Städte, feuchte Wohnungen, schlechtes Wasser, Unreinlichkeit, schlechte Nahrung, Hämorrhoiden, Verstopfung. Den schädlichen Einfluss des Milchkaffe's kann Vf. nicht bestätigen.

Von Wichtigkeit ist hier die Erörterung der Frage, in welchem Zusammenhange die ulceröse Metritis mit der Leucorrhoe stehe, sei diese das Resultat einer Vaginitis oder eines Uterincatarrhs. *Mélier*, *Duparcque* und *Lisfranc* halten ihren Einfluss nur für untergeordneter Natur, während *Gosselin* gewisse Ulcerationen des Mutterhalses stets als eine Folge der Leucorrhoe ansieht. Vf. beobachtete jedoch eine 3 Jahre hindurch bestehende Uterovaginal-Leucorrhoe, ohne Ulceration am Mutterhals.

I. Klasse. Einfache Ulcerationen. Bei einzelnen Individuen erzeugen dieselben fast gar keine Symptome; ein eigenthümliches, belästigendes Gefühl im Becken, vermehrten Schleimausfluss vor und nach der Menstruation; mitunter etwas Blutabgang nach dem Coitus. Bei der Mehrzahl jedoch treten locale und allgemeine Erscheinungen hervor.

Unter den localen Symptomen ist am häufigsten die Leucorrhoe, mitunter mit Blut vermischt, namentlich nach dem Coitus. Letztere ist schmerzhaft. Die Menstruation wird unregelmässig. Schmerzen in der Kreuzgegend, im Hypogastrium, Blasenhals, Mastdarm, bis zu den Lenden. Gefühl von Druck auf den Mastdarm, zuweilen Diarrhoe, öftere Verstopfung. Diese Symptome sind manchmal kaum bemerkbar.

Unter den allgemeinen Symptomen sind vorzüglich die Verdauungsstörungen hervorzuheben, die uns so häufig an das Bestehen einer chronischen Gastritis glauben lassen: Druck im Epigastrium, Dyspepsie, Würgen, selbst Brechen, Flatulenz, Auftreibung des Unterleibes, Verstopfung. Hierauf alle Arten von Neuralgieen, die um so stärker auftreten, je schwerer die Affection ist. Hysterie, Chorea, Epilepsie haben mitunter keinen andern Grund. Ausserdem basiren sich meist jene verschiedenen Gemüthsverstimmungen nur auf ein einfaches Geschwür am Mutterhals.

Verf. behandelte eine Dame mit einem einfachen Geschwür, verbunden mit Uterincatarrh, deren Krankheit 6 Monate hindurch als Gastritis ohne Erfolg behandelt worden war und heilte sie bald nach Anwendung einer energischen Cauterisation. Der Verlauf dieser Affection ist sehr langsam, sie kann mehrere Jahre ohne bedeutende Veränderung bestehen.

II. Klasse. Symptomatische Ulcerationen. *a.* Ulc. durch fremde Körper. Unter dieser Benennung begreift Vf. alle jene Geschwüre, welche durch die Einwirkung fremder Körper, mögen sie nun von innen, oder von aussen herkommen, sich bilden. Die Beschaffenheit dieser Verletzungen, welche von der Natur des fremden Körpers abhängt, giebt oft zu diagnostischen Fehlern Anlass und lässt sich nur durch Berücksichtigung sämmtlicher Nebenumstände genau bestimmen. Als solche fremde Körper sind hervorzuheben, Polypen, die verschiedenen Pessarien, verschiedene Instrumente, deren sich Onanistinnen bedienen. Blutegelstiche scheinen nur unter besondern Umständen, vielleicht bei syphilitischer Affection, Veranlassung zu Ulcerationen zu geben. Die Symptome derselben sind nicht genau zu präcisiren, da sie unter denen, durch die fremden Körper erzeugten, verschwinden. Der Verlauf ist stets günstig, sobald die veranlassende Ursache entfernt ist.

b. Herpetische Ulcerationen. Unterscheiden sich in ihrem Aeussern in Nichts von den früher genannten, nur das gleichzeitige Vorhandensein von Flechtenausschlägen, ihr langwieriger Verlauf und ihr Verschwinden, nach einer specifisch antiherpetischen Behandlung, charakterisiren sie.

c. Scorbutische Ulcerationen. Sind sehr selten und mit dem allgemeinen Scorbut vergesellschaftet, weichen der allgemeinen und örtlichen antiscorbutischen Behandlung.

d. Strumöse Ulcerationen nennt Vf. diejenigen, welche sich mit einer ödematösen Anschwellung des Mutterhalses verbinden, oder die durch eine tuberculöse Ablagerung entstehen. Bei dieser Affection ist der Mutterhals nicht, wie *Siebold* und *Naumann* angeben, in seiner Totalität ödematös, wenigstens nicht im Anfange. Die Geschwüre selbst fühlt man mit weichen, unregelmässig abgeschnittenen Rändern, ohne Hitze und Schmerzen. Die nächste Umgebung dieser Geschwüre ist violett, weich, eindrückbar, mit fungösen, schmerzlosen, aber blutenden Wucherungen besetzt. Der übrige Theil des Mutterhalses ist normal. Mitunter ist dieser jedoch gänzlich infiltrirt und in seltnen Fällen kann man mittels des Fingers einen käsigen Stoff entfernen, der wesentlich von dem krebsigen Product verschieden ist und sich vielmehr als erweichte Tuberkelmasse erkennen lässt. Mittels des Speculum sieht man die Oberfläche um das Orificium tief gefurcht, den Mutterhals mehr weniger nach hinten geworfen, mit fungösen oder tuberculösen Excrescenzen besetzt, welche letztere seltener

vorkommen und leicht mit Krebs verwechselt werden können. Beim Druck auf diese Oberfläche entquillt eine blutig-seröse Flüssigkeit, wie defibrinirtes Blut. In den Furchen trifft man eine weisse, körnige Masse. Vorzüglich nach der Ruhe im Bett, des Morgens, findet man reichlich graue, gelbe oder grünliche Secrete angehäuft, von ekelhaftem Geruch, jedoch verschieden von dem bei Krebs. Prädisponirt zu dieser Affection sind alle Frauen mit lymphatischem Temperament, namentlich die ärmere Klasse, welche allen Entbehrungen grosser Städte ausgesetzt ist; oft sich folgende, den Körper schwächende Schwangerschaften; tuberculöse Diathese. Sobald die krankhafte Affection die Vaginalportion nicht überschreitet, sind die Schmerzen oft kaum bemerkbar, dagegen ist die Metrorrhagie und Leucorrhoe immer bedeutend, grau, fad und übelriechend, die Wäsche stark färbend, ohne jedoch die Weichtheile zu irritiren. Die Menstruation ist häufiger und stärker. Schmerzen sind meist nur gering. Der Verlauf ist von verschiedener Dauer, hat die Erweichung begonnen, so widerstehen sie hartnäckiger der Heilung. Anlangend die Behandlung, so erzielte Vf. in einem sehr hartnäckigen Fall durch öfter wiederholte Cauterisation, Umschläge auf den Leib, Jodkalium, Injectionen, Ungt. praecip. alb. eine vollständige Heilung und als nach einer regelmässig verlaufenen Schwangerschaft und schweren Geburt, das Uebel recrudescirte, erzeugte eine neue Cauterisation zwar einen heftigen Zufall von Peritonitis, der jedoch einer antiphlogistischen Behandlung wich und nach wiederholten Cauterisationen und Anwendung des Seebades genas die Kranke vollständig.

e. Syphilitische Geschwüre. An dem Gebärmutterhals kommen derartige Geschwüre nur ausnahmsweise vor, was wunderbar erscheinen mag, da die so häufigen anderweiten Läsionen, die unmittelbare Ansteckung jedenfalls begünstigen und wird dieselbe wahrscheinlich durch reichliche Secretion und die Friction beim Coitus verhindert. Wenn sie vorkommen, haben sie gewöhnlich nur in den ersten 5 Tagen das charakteristische Aussehen des Schankers, später unterscheiden sie sich durch Nichts von einem gewöhnlichen Geschwüre. In sehr seltenen Fällen bekommen sie das Aussehen eines krebsigen Geschwüres. Im Verlaufe der Behandlung wird durch den Erfolg der wahre Charakter sich herausstellen. Phagedänische Geschwüre beobachtet man mitunter bei den Freudenmädchen der niedrigsten Klasse, die den rohsten Excessen ergeben sind, in grosser Ausdehnung, tiefgehende Zerstörungen verursachend. Gegen diese würden Injectionen mit Chlornatrium anzuwenden sein.

f. Krebsige Geschwüre gehören mit zu den häufigsten und lassen sich ihrem Aussehen nach in 3 Formen zusammenfassen:

1) Ulcera mit Induration;
2) Ulcera mit Erweichung;

3) indurirte oder erweichte, jedoch nur oberflächliche Geschwüre (Cancroide)

Die Induration, die erste Phase der krebsigen Affection, fühlt man bald als eine vermehrte Härte und Anschwellung der ganzen Portio vagin. mit ebener Oberfläche, bald mit warzigen Unebenheiten, wobei die unterste Partie intact zu sein scheint. Dieser Zustand geht kürzere oder längere Zeit dem Stadium der Erweichung oder Schmelzung voraus. Letztere schreitet entweder von aussen nach innen, oder vom Centrum nach der Peripherie. Hat die Krankheit noch nicht den höchsten Grad erreicht, so findet man gewöhnlich 3 verschiedene Zustände vereinigt, der Uterintheil des Halses erscheint noch gesund, am mittlern finden sich warzige Erhabenheiten, der unterste ist im Stadium der Erweichung. Bei umschriebenem Krebs fühlt man eine unregelmässige Einbuchtung und der Finger wird mit dem specifisch riechenden Detritus bedeckt. Die Ränder des schmelzenden Geschwürs sind mitunter aufgewulstet, zuweilen mit den verschiedensten, bald pilzähnlichen, gestielten, bald traubenförmigen, immer leicht blutenden Vegetationen bedeckt. Das umgebende Uterusgewebe erscheint wie mit Flüssigkeit getränkt, giebt dem Druck nach und entwickelt die specifisch riechende, mit Detritus vermengte Jauche. Im kleinen Becken fühlt man oft infiltrirte Lymphganglien, die vorsüglich hervortreten und schmerzhaft sind, wenn die krebsige Entartung die Nachbarorgane ergriffen hat. Die Inguinaldrüsen participiren ebenfalls mit.

Bei der Untersuchung mittels des Speculum charakterisiren sich die krebsigen Ulcerationen durch das leichte Bluten, den dicken, grauen, reichlichen, stark riechenden Ausfluss, durch die Röthe, Auftreibung und Excoriation des Scheideneingangs in der hintern Commissur. Beim Stadium der Induration ist die Schleimhaut der erkrankten Partie uneben, mehr violett, oder mit rothen und braunen Flecken besetzt, die später in Ulcera übergehen. Die Geschwüre selbst haben einen missfarbigen Grund, umgestülpte, leicht blutende Ränder, oder sie sind unregelmässig gezackt mit blassen Fungositäten besetzt, denen ein leicht zu entfernender organischer Detritus entquillt. Endlich sieht man zuweilen auf dem Grund einer trichterförmigen Aushöhlung pilzähnlich, gestielte Wucherungen.

Das Cancroid geht mehr in die Breite als Tiefe, hat einen schmutzig, blassen Grund, harte, unregelmässige, dunkle Ränder. Das umgebende Gewebe ist elastisch hart und sondert ein jauchiges, sehr reizendes Serum aus. *Duparcque* und *Lisfranc* beobachteten Krebs am Gebärmutterhalse ähnlich dem des Gesichts und der Brüste, fast immer schmerzlos, ohne allen Ausfluss, bald in den Scheidenwänden, bald am Halse beginnend.

Die Ursachen dieser Krankheiten sind im allgemeinen unbekannt, nur steht fest, dass sie erblich sind. *Lisfranc* setzt das am

meisten dazu disponirte Alter auf die Zeit vom 10.—35. Jahre. Nach ihm und *Duparcque* kann auch ein einfaches Geschwür sich in ein krebsiges verwandeln.

Die andern Krebsen eigenthümlichen so heftigen stechenden Schmerzen sind nicht immer vorhanden, wenn aber die Erkrankung die Scheide an der Insertionsstelle des Mutterhalses ergriffen hat, pflegen sie nie zu fehlen. Als wichtige Symptome müssen die Hämorrhagie und Leucorrhoe hervorgehoben werden. Erstere ist intermittirend, mehr oder weniger reichlich, letztere charakterisirt ihr specifischer Geruch und die ätzende Beschaffenheit, wodurch sie alles zerstört, ohne jedoch dem Manne zu schaden.

Der Verlauf ist sehr verschieden. Ist der Hals von der krebsigen Entartung ergriffen, so entwickeln sich die Geschwüre von innen nach aussen. Die verschiedenen Phasen folgen einander oder verbinden sich und geben sich durch die verschiedenen örtlichen oder allgemeinen Symptome kund. Die Induration, zuweilen die latente Periode, kann mehrere Monate; selbst Jahre dauern; die heftigsten Schmerzen rauben hierbei zuweilen den Kranken alle Ruhe, die sich erst bei dem Beginne der Schmelzung mit dem rothen oder weissen Ausfluss zeitweise einstellt. Je weniger Blutung, desto langsamer ist der Verlauf. Bei den cancroiden Ulcerationen, welche von der Peripherie nach dem Centrum vorgehen, ist der Verlauf sehr langsam.

Die gangränösen Ulcerationen bieten nichts Besonderes dar. Verf. beobachtete einen Fall, wo durch die Natur allein die gangränös gewordene Partie der Gebärmutter abgestossen und zur Heilung gebracht wurde.

Um die verschiedenen Geschwüre, die am Collum uteri vorkommen können, genau zu diagnosticiren, genügt es nicht im Allgemeinen mit ihren Formen, Auftreten, Verlauf und Complicationen bekannt zu sein, sondern man muss ihre pathologische Individualität gegenseitig vergleichen, zusammenstellen und abwägen und hierbei mit den genauesten anatomischen und physiologischen Kenntnissen ausgerüstet sein, sowie sich die grösste Feinheit im Untersuchen angeeignet haben. Folgende Zusammenstellung wird zur Festsetzung der Diagnose behülflich sein:

1) Ulcerationen durch fremde Körper werden leicht durch den verletzenden Körper, den man eben entfernt hat oder noch in der Wunde findet, zu erkennen sein.

2) Ulc. herpetic. Findet man wohl nur bei gleichzeitiger Diathese, sie sind nur oberflächlich, verschwinden und kommen wieder, zeigen in ihrem Umfange Ausbuchtungen und Einschnitte fast landkartenartig.

3) Ulcerat. syphilit. Sind sehr selten am Uterus und zeigen einen einfachen Verlauf. Um sie daher zu erkennen würde das Sicherste die Inoculation sein, oder man muss exspectativ verfahren, bis sich die eigenthümlichen Charaktere des Schankers

zeigen. Der Erfolg der Behandlung wird nicht minder zur Bestimmung beitragen.

4) Einfache, gutartige idiopathische Ulcer. sind die häufigsten, verschwinden nicht so schnell. Es ist schwer eine Grenze zu ziehen, um den Anfang der complicirten Ulcerationen festzusetzen; letztere können sich nach *Mélier*, *Duparcque* und *Lisfranc* aus erstern entwickeln, es fehlen uns jedoch die Zeichen dieser Umwandlung. Als Anhaltepunkte könnten der physikalische Charakter der Wunde, der Zustand ihrer Ränder, des Halses, der Grad und die Ausdehnung des entzündlichen Zustandes dienen.

5) Cancroide Ulcerationen ruhen meist auf einer indurirten Basis; die Ränder steil, eng, selten erweitert; der Grund grau oder matt; mitunter die charakteristischen stechenden Schmerzen, der eigne Geruch der Absonderungen sind sehr bezeichnend. Dagegen zeigen die einfachen Ulcerationen eine hellrothe Farbe gegen den bläulichen Anstrich der umgebenden Schleimhaut; ziehen sich öft nach dem Mutterhalskanal, haben weiche sinuöse Ränder und öfter Granulationen als die vorhergehenden. Eine vorhandene Vaginitis bestimmt ihre Diagnose am sichersten.

6) Tuberculöse Ulcerationen sind in ihrem Wesen schon früher genau beschrieben worden. In zweifelhaften Fällen werden wir durch Exspectativverfahren am sichersten zu ihrer Erkenntniss kommen. Gewöhnlich ist die uterine Affection Folge einer vorwaltenden Diathese.

Finden wir aber Geschwüre von bösartigem Aussehen, ohne dass der Constitution der Kranken der Charakter einer bestimmten Diathese eingeprägt ist, so können wir dennoch unsere Diagnose feststellen, wenn wir eine allseitige und minutiöse Untersuchung anstellen, die sich auch auf alle übrigen Lebensverhältnisse, namentlich auf erbliche Familienkrankheiten erstreckt, so z. B. bei Krebsgeschwüren.

Bei diesen verschiedenartigen krankhaften Affectionen der Gebärmutter ist Befruchtung und ein normaler Verlauf der Schwangerschaft möglich. *Lisfranc*, *Marjolin* u. a. betrachten jedoch die granulösen Ulcerationen des Uterushalses als ein mechanisches Hinderniss der Befruchtung, indem durch sie der Zutritt der Spermatozoën verhindert wird. Auch Vf.'s Beobachtungen stimmen damit überein, jedoch nicht ohne Ausnahme, wie folgender Fall zeigt: Eine 25jährige kräftige Dame, die vor 3 Jahren geboren, regelmässig menstruirt war, litt seit einigen Monaten an einem starken weissen Fluss, Schmerzen beim Urinlassen, Schmerzen in den Nieren, Ziehen im Magen, Appetitlosigkeit. Am 4. Juli 1851 empfand sie heftige Schmerzen in der linken Foss. iliaca mit den Erscheinungen einer acuten Oophoritis. Bei kräftiger Antiphlogose liess das Fieber bis zum 7. nach und folgenden Tags fand man durch das Speculum eine bedeutende trichterförmige Ulceration des Halses mit reichlichen Granulationen

und Massen eines zähen glasigen Schleims. Cauterisationen mit Arg. nitr. wurden von 5 zu 5 Tagen nebst Alauninjectionen wiederholt und bis zu Ende August waren die Granulationen verschwunden und nur wenig weisser Fluss vorhanden. Die Regeln hatten sich nicht wieder eingestellt, dennoch dachte niemand an eine Schwangerschaft. Anfang April jedoch gebar sie einen reifen, kräftigen Knaben. Die Conception hatte kurz vor Beginn der Behandlung stattgefunden.

Die Conception wirkt oft wohlthätig auf den Zustand der Ulcerationen, doch nach der Geburt geht die Zerstörung derselben namentlich bei krebsigen und tuberculösen Geschwüren um so rapider vor sich.

Behandlung der Ulcerationen.

Die therapeutische Behandlung dieser Krankheit ist eine allgemeine und örtliche. Erstere besteht in Ruhe des erkrankten Organs, Blutentziehungen, Bädern und entsprechender Diät; letztere in Verband, Tamponade, Injectionen, örtlichen Bädern, Douchen, Cauterisationen und Abtragung.

In Bezug auf die erste Anforderung die Ruhe des Uterus ist nur bei sehr starken Verletzungen mit Neigung zu Hämorrhägieen absolute körperliche Ruhe im Bett oder Lehnstuhl nöthig, in den meisten Fällen genügt jene Ruhe des Organs, die durch Enthaltung aller Genüsse der Liebe erreicht wird; hierzu gesunde Luft mit mässiger nicht ermüdender Bewegung sind alle Bedingungen einer zweckmässigen Hygiäne.

Was die Blutentziehungen anlangt, so wurden diese früher, indem man diese Ulcerationen stets als eine Folge chronischer Entzündung dachte, reichlich in Anwendung gebracht, doch ist man durch die Erfahrung davon zurückgekommen. *Lisfranc* und *Marjolin* wenden nur von Zeit zu Zeit wiederholte kleine, sogenannte Derivativaderlässe am Arm an, grössere spoliative ganz verwerfend. Bei ausgesprochenem Blutandrang nach dem Becken, bei regelmässiger Menstruation und Hyperämie des Uterus sind erstere sehr dienlich, niemals dagegen, wenn eine Cachexie bevorsteht. Blutegel sind bei Anschwellung und Härte der erkrankten Theile sehr zweckmässig, die Stiche sah Verf. nie in Geschwüre sich verwandeln. Bei Syphilis sind sie stets zu vermeiden. Die lästigen Nierenschmerzen werden durch Schröpfköpfe auf die Nierengegend vortheilhaft bekämpft. Trockene Schröpfköpfe an die innere Lendenfläche und aufs Hypogastrium sind bei Amenorrhoe von Nutzen.

Die Bäder nehmen einen wichtigen Platz in der antiphlogistischen Behandlung ein. Was die Fussbäder anlangt, so haben sie eine allgemeinere Anwendung als die Handbäder, welche beschränkter gebraucht werden müssen; namentlich sind diese letzteren angezeigt bei gewissen Congestivzuständen des Uterus und der Ovarien, bei Metrorrhagien und stark blutenden Ge-

schwüren. Durch Zusatz von Essig oder Senfmehl macht man sie reizender. Die Sitzbäder fürchtet *Lisfranc* bei chronischen Uterinleiden sehr wegen Congestionserscheinungen der Beckenorgane, doch können sie grossen Nutzen bringen bei noch kräftigen Frauen, die sehr reizbar sind und vorzüglich über Hitze und Jucken in den Genitalien klagen, denn der momentan durch dieselben erzeugten Congestion folgt bald der entgegengesetzte Zustand. Solchen Sitzbädern kann man erweichende Ingredienzien zusetzen. Von unbestrittenem Nutzen sind die allgemeinen Bäder, die man nach Bedürfniss mehr mildernd oder excitirend machen kann. Die kalten und russischen Bäder, die Begiessungen, kalte Waschungen, feuchte Einwicklungen finden ihre Anwendung bei nervöser Ueberreizung oder Muskelschwäche Chlorotischer oder Nervöser. Desgleichen der Aufenthalt in Thermen, namentlich haben sich die Pyrenäenbäder einen Ruf erworben.

Die Diät bildet die Grundlage der Behandlung, die Nahrung sei im Allgemeinen, mit Rücksicht auf die Verdauungskraft, eine nährende und kräftige. Frisches mageres Fleisch, Eier, Süsswasserfische, frische Gemüse, gekochtes Obst etc. sind am zweckmässigsten zu geniessen. Zu vermeiden sind schwerverdauliche Speisen, Gesalznes, Saures, Käse, ebenso Thee und Kaffe, ausser des Morgens bei langjähriger Gewohnheit. Ein leichter Wein namentlich mit Wasser oder Eisenwasser gemischt ist vortheilhaft. Dabei unterhalte man gehörige Leibesöffnung.

Oertliche Mittel. 1) Verband der Geschwüre. Bei oberflächlichen, leichtblutenden, nicht specifischen Geschwüren ist ein Verband nicht angebracht, wohl aber bei tiefer gehenden, stark jauchenden. Bei diesen bringt es grossen Nutzen Charpiekugeln, an welche ein fester Faden befestigt ist, einzubringen, weil dadurch die grösste Reinlichkeit ermöglicht wird und gleichzeitig auf denselben schmerzstillende oder andere nöthige Medicamente angebracht werden können. Dieser Charpieverband ist aller 24 Stunden zu erneuern.

2) Das Einblasen von Pulver geschieht nach Anlegung des Speculum mittels einer Glasröhre, behufs der Aetzung, oder bei starken Ausflüssen. Calom., Merc. praecip. rubr., Alaun, Bismuth, Zinc. sind die am häufigsten so angewendeten Mittel, gewöhnlich mit gleichen Theilen Zucker oder Gummi vermischt.

3) Die Einspritzungen gleichwie die Waschungen, die aufsteigenden Douchen, die Irrigationen und örtlichen Bäder sind zur Erhaltung der Reinlichkeit unentbehrlich und können gleichzeitig durch Zusatz zweckmässiger Medicamente zur Heilung wesentlich beitragen.

4) Cauterisation. Wenn trotz aller angewendeten Mittel die Vernarbung der Geschwüre nicht vorwärts schreiten will, so muss man zur Anwendung von Aetzmitteln übergehen, deren aber sehr verschiedene in Gebrauch gezogen sind. Das am häufigsten

benutzte ist das Argentum nitr., das auch hinsichtlich seiner Wirkung als das sicherste bezeichnet werden kann. Nur darf man nicht in zu kurzen Zwischenräumen die Anwendung desselben wiederholen, weil man sonst das Geschwür vergrössert. Es wird in Substanz, oder in der Auflösung benutzt mittels Charpie oder eines kleinen Schwammes an die wunde Fläche gebracht, namentlich gegen die Exulcerationen herpetischer, pseudomembranöser oder syphilitischer Form, oder um die Fleischwucherungen zu unterdrücken, die sich um fremde Körper im Uteringewebe bilden. Vor der Cauterisation reinigt man die betreffenden Theile von dem anhängenden Schleim. Dieselbe verursacht keine Schmerzen, auf der geätzten Stelle bildet sich eine plastische Lymphe, die Secretion erscheint vermehrt einige Tage hindurch, dann löst sich der plastische Ueberzug und die Stelle erscheint lebhaft roth. Die nächste Cauterisation darf nicht vor 7 oder 8 Tagen geschehen, ausser bei fungösen oder vasculären Wucherungen oder Granulationen, wo sie aller 3 Tage wiederholt wird.

Das salpetersaure Quecksilber ist in den Fällen von grossem Nutzen, wo das Argent. nitr. nicht anwendbar ist, wo die Geschwüre tiefer gehen. Seine Wirkung ist energischer und mit mehr Schmerz verbunden, der vorzüglich aber dann erst stark empfunden wird, wenn die Flüssigkeit auf die Vaginalschleimhaut kommt. *Lisfranc* wendete dieses Mittel oft und mit gutem Erfolge an. *M.* hält es namentlich bei Ulceration mit Granulationen für sehr wirksam, ausser bei denen des Mutterhalskanals, bei dessen zarterer Beschaffenheit das Arg. nitr. ausreicht.

Zum Beleg giebt Vf. 2 Fälle sehr schneller Hülfe durch genannte Cauterisation.

Zur Application derselben bedient man sich eines Charpieballens, welchen man auf der vorher gereinigten Fläche auspresst. Die Secretion erscheint hierauf einige Tage vermehrt, mitunter entsteht 12—24 Stunden später eine leichte Salivation, die von selbst verschwindet und sich nicht bei der nächsten Cauterisation wiederholt. Die Wiederholung muss in noch grössern Intervallen geschehen, als bei Argent. nitr., aller 8—10 Tage. Auch die Wiener Aetzpaste ist von *Gendrin* bei den Ulcerationen des Mutterhalses in Gebrauch gezogen worden und hat sich ausgezeichnet bewährt, namentlich erleichtert die Form, welche ihr *Filhos* gegeben, ihre Anwendung und man kann sagen, dass sie in den Fällen, wo die vorgenannten Mittel nicht ausreichten, oft noch Heilung erzielte, ohne dass sie je eine üble Nebenwirkung zeigte. Ihre Wirkung ist nachhaltiger und sicherer, sie vernichtet das krankhafte Gewebe in seinem ganzen Umfange und ihre Application ist sehr leicht und fast schmerzlos. Nach der Aetzung reinigt man die Wunde. Nach einer Woche ist der Brandschorf abgestossen und die Vernarbung beginnt, zu deren Vollendung gewöhnlich 2 bis 3 Applicationen genügen.

Das Glüheisen. Da alle bereits angeführten Aetzmittel, theils einige unangenehme Nebenwirkung haben, theils aber auch in einzelnen Fällen nicht ausreichen, so wendete *Jobert* zuerst das Glüheisen an, da er sich durch seine Untersuchungen von der geringen Empfindlichkeit des Collum überzeugt hatte. Der Erfolg bestätigte seine Erwartungen, denn es zeigte sich dieses Mittel als das am wenigsten schmerzhafte und gleichzeitig als das wirksamste, welches von keinen üblen Nebenwirkungen begleitet wird. Bei seiner Anwendung bedient man sich eines Speculum, das aus einem schlechten Wärmeleiter gefertigt ist, z. B. aus Elfenbein und lasse den Patienten nichts von der Operation selbst merken. Ausser bei Geschwüren zeigte sich das Glüheisen auch wirksam bei Anschwellungen, Hypertrophieen und Neuralgieen des Uterushalses; chronische Metritis, nicht zu alte und zu weit vorgeschrittene Krebsgeschwüre wurden wesentlich gebessert und selbst geheilt. Die Vorzüge dieses Mittels bestehen darin, dass es 1) nicht schmerzhaft ist; 2) bei gehöriger Vorsicht (Elfenbeinspeculum, 2—3 Tage Ruhe im Bett, bei sonst normalem Befinden der Kranken) keine gefährliche Nebenwirkung hat; 3) seine Wirkung nur auf die vom Instrument berührten Theile erstreckt; 4) dass man durch die Form und Grösse des Instruments jede beliebig grosse Brandfläche hervorbringen kann; 5) dass man jede Hämorrhagie damit stillen kann; 6) es hinterlässt keine Residuen, wie die andern Mittel, wodurch die Nachbartheile angegriffen werden; 7) die Narbenbildung ist zwar langsamer darnach, aber auch dauernder.

Nach der ersten Cauterisation folgt anfangs ein vermehrter, bräunlicher, oder leicht blutiger Ausfluss mit etwas Kolikbeschwerden, verschwindet aber nach 12 Stunden wieder. *Jobert* wiederholte die Cauterisation nur in Zeiträumen von 8, 14, 20 oder selbst 30 Tagen. Der Brandschorf stösst sich vom 3. Tage an los und es wird eine lebhaft geröthete Fläche sichtbar, die gewöhnlich keine neue Application erfordert, ausser wenn sie unverändert bleibt, oder blass wird. Hierzu werden einige Beispiele erfolgreicher Anwendung des Glüheisens bei tiefgehenden Geschwüren, krebsiger Erweichung und bei Verhärtung mit Excoriationen des Mutterhalses angeführt.

Amputation des Mutterhalses. Obgleich *Récamier* in einzelnen hartnäckigen Fällen den Erfolg dieses Mittels rühmt, so verwirft es Vf. doch gänzlich, wegen der Schwierigkeit seiner Ausführung und der üblen Folgewirkungen. Noch weniger findet er die Ligatur gerechtfertigt.

Die specielle Behandlung der einzelnen Geschwürsarten. Durch die gegebene Classification der Geschwüre des Mutterhalses wird es leicht sein, die jedesmalige entsprechende Behandlungsweise zu bestimmen und es wird demnach kein vernünftiger Praktiker einem krebsigen Geschwür eine antisyphilitische Be-

handlung entgegensetzen. Zur weitern Richtschnur unseres therapeutischen Verhaltens genügt es diese Geschwüre einzutheilen: 1) in oberflächliche, 2) tiefgehende und 3) solche mit pathologischen Wucherungen, Granulationen, Fungositäten etc. Demnach classificire man die Geschwüre, suche die möglichen Complicationen auf, namentlich die häufige Verstopfung, Vaginitis, Metritis und bekämpfe sie. Bei der ersten Art der Geschwüre genügt dies oft schon zur Heilung. Widerstehen sie jedoch längere Zeit, so erhöhe man die Vitalität des Gewebes durch Application von Arg. nitr. oder andern Cauterien. Erneuern sie sich dessen ungeachtet wieder, so hilft Brennen am schnellsten. Wird dessen Anwendung verweigert, so mache man aromatische und adstringirende Einspritzungen.

Gehören die Geschwüre der 2. Art an, so halte man die Heilung nicht auf durch Anwendung von nur oberflächlich ätzenden Mitteln. Das Kali caust., das Zinkchlorür sind hier die wirksamsten Mittel und leichter als das Glüheisen, dessen Gebrauch immer viel Uebung erfordert, anzuwenden.

Was nun die 3. Art der Geschwüre mit Granulationen anlangt, so weichen die Granulationen, die sich am Muttermunde befinden, am besten dem salpetersauren Quecksilber, während die nach innen gehenden zartern und weichern dem Arg. nitr. weichen, das leicht selbst bis zum innern Muttermund geführt werden kann. Die Fungositäten, Wucherungen, Hypertrophieen und Erweichungen des Gewebes mit Blutungen werden am besten mit dem Glüheisen behandelt, oder mit Chlorzink, sowie mit dem Causticum von *Filhos* und *Velpeau*, jedoch ist dem Glüheisen immer der Vorzug einzuräumen.

Die Leucorrhöe, Metrorrhagie und die Schmerzen, welche die häufigsten Complicationen sind, erfordern keine besondere Behandlung. Zur Linderung der letzteren dienen Kataplasmen mit Conium auf den Unterleib, Empl. theriac., Opiumklystire, Waschung des Unterleibes mit einer Morphiumsolution (Aq. dest. 80 grammes, Morph. acet. gr. 2). Bleibende Nervenzufälle verlieren sich allmälig durch entsprechende Diät, Bäder etc.

Behandlung der Geschwüre während der Schwangerschaft. Wenn durch die veränderte Vitalität des Uterus während der Schwangerschaft nicht von selbst schon eine günstige Veränderung in den vorhandenen Geschwüren erzeugt wird, so können wir uns durch das Vorhandensein der Schwangerschaft nicht von der Behandlung der Krankheit abhalten lassen, wie wir dies ebensowenig bei einer andern bedeutendern Krankheit thun werden. Nur wähle man immer diejenigen Mittel, welche die Erfahrung als die am wenigsten schädlichen gezeigt hat.

(Gaz. Médic. de Paris No. 2, 5, 9, 13, 17, 21, 23, 37, 41, 52, 1857.)

L. Lehmann: **Angeborene Atresia interna des Darmrohres bei einem Neugeborenen mit Bildung eines Anus artificialis nach der Methode von *Littré*.**

L. erwähnt folgenden Fall von Atresia des Darmrohres bei einem Neugeborenen, wobei die Anlegung eines künstlichen Afters, jedoch mit unglücklichem Erfolge, stattfand. Das augenscheinlich sehr gut entwickelte und vollkommen ausgetragene Kind männlichen Geschlechts wurde am 17. Dec. 1856 in der Gebäranstalt zu Amsterdam von einer gesunden Mutter geboren. Da 24 Stunden später noch kein Meconium entleert war, das Kind etwas unruhig und Schmerzen zu haben schien, wurde der Verdacht auf eine etwa bestehende Atresia ani oder recti rege. Die Untersuchung mit dem kleinen Finger ergab jedoch eine normale Entwickelung beider Theile. Allein beim Einführen eines dünnen elastischen Katheters stiess man in einer Entfernung von $3^1/_2$ Ctm. vom Anus auf ein Hinderniss, das nicht überwältigt werden konnte und eine Stenose oder Atresie in dieser Gegend vermuthen liess. Als sich den folgenden Tag noch kein Meconium gezeigt hatte, ein Clysma mehrmals vergebens applicirt war, der Bauch mehr tympanitisch aufgetrieben, das Kind unruhiger zu werden anfing und die Brust weigerte, wurde im Beisein des Prof. *Tilanus* die Untersuchung wiederholt, die Diagnose eines angeborenen Fehlers durch Verschliessung befestigt und beschlossen, bei dem vorauszusehenden sicher tödtlichen Ausgange zu versuchen, ob vielleicht durch Anlegung eines Anus artificialis nach der Methode von *Littré* das Leben noch zu retten oder wenigstens zu fristen sei, da von einer Punction oder Incision durch das Rectum bei dem hohen Sitze der Impediments gar nichts erwartet werden konnte. Den 3. Tag nach der Geburt wurde die Operation auf die folgende Weise vollzogen. Eben über dem Lig. Fallopii an der linken Seite des Unterbauchs wurde ein Einschnitt von ungefähr 5 Ctm. Länge gemacht, wodurch die Haut, die Fascia superficialis, die Aponeurosis, der M. obliq. ext., die Muskelfasern der Mm. obl. int. und transvers. abd. zerlegt wurden. Es trat hierbei eine ziemlich starke Blutung ein, ohne dass jedoch ein spritzendes Blutgefäss sichtbar wurde. Da es nicht gelingen wollte diese Blutung schleunig zu stillen und man fürchtete das Blut könnte sich leicht in die Bauchhöhle ergiessen, falls die Operation jetzt weiter fortgesetzt würde, entschloss man sich, erst durch einen Charpiepfropf die Blutung zu hemmen und die Operation auf den folgenden Tag zu verschieben. Den 20. Dec. hatte sich der allgemeine Zustand des Kindes noch mehr verschlimmert und waren die Symptome der Peritonitis deutlicher hervorgetreten. Die Blutung hatte indess gänzlich aufgehört. Gegen Mittag wurde die Operation fortgesetzt, die Fascia transversalis und das Peritonäum durchschnitten, der ziemlich dicke und blau gefärbte in der Wunde sichtbar gewordene Darm nach aussen gezogen,

geöffnet und zugleich an den Wundrändern befestigt und angesäumt. Es entleerte sich eine ziemliche Quantität Meconium mit vieler Galle. Die Wunde wurde mit Charpie bedeckt und einfach verbunden. Während des Tages folgte noch etwas Meconium, das Kind fing jedoch mehr zu wimmern an, die Haut wurde eiskalt, der Puls unfühlbar, es stellte sich noch einige Male Erbrechen ein und das Kind verschied noch am Abend desselben Tages. Bei der Section, 12 Stunden nach dem Tode, wurde eine ausgebreitete Peritonitis exsudativa gefunden. Einzelne Darmparthien waren durch Exsudatlagen verklebt. Beim Einführen des elastischen Katheters durch das Rectum zeigte sich jetzt, dass der Widerstand auf einen Abstand von $3^1/_2$ Ctm. vom Anus allein durch die Flexura sigmoidea gebildet worden war, indem er nun nach Oeffnung der Bauchhöhle durch ein leichtes Hin- und Wiederdrehen überwältigt werden konnte, so dass an genannter Stelle weder Stenose noch Atresie angetroffen wurde. Der ganze Dickdarm war enge und leer und enthielt nur ein wenig Mucus. Die Intestina tenuia waren stark durch Meconium ausgedehnt und an der Stelle, wo das Coecum in das Colon adscendens übergeht fiel sogleich das bedeutende Hinderniss ins Auge. Das Coecum war aussergewöhnlich stark ausgedehnt, das Colon adscendens dagegen sehr verengt. Man konnte weder das Meconium aus dem Coecum ins Colon drücken, noch mit der feinsten Sonde aus dem Colon ins Coecum eindringen. Nachdem diese Stelle vorsichtig geöffnet war, fand sich im Colon nur ein wenig aufgehäufter Schleim und eine feste Membran, wodurch das Coecum ganz vom Colon adscendens abgeschlossen war, somit eine Anomalie durch membranöse Verschliessung. Durch eine beigefügte Abbildung ist das Präparat noch genauer erläutert. Es zeigte sich ferner, dass der Anus artificialis durch ein Stück Dünndarm gebildet worden, der noch ganz gut mit den Wundrändern vereinigt war. In Bezug auf diese Beobachtung geht Verf. noch weiter auf das Entstehen dieses angeborenen Fehlers ein, der mit Atresia ani oder recti nahe verwandt ist. Zur Vergleichung hebt er noch einen kürzlich erlebten Fall hervor, wobei das Rectum in einer Distanz von einem Zoll Länge von dem normal gebildeten Anus blind endigte und der Zwischenraum zwischen Anus und Rectum durch ein paar dünne, faserige Stränge ausgefüllt war. Nach *Coste's* schätzbaren Untersuchungen sind Anus und Rectum in einer gewissen Periode des embryonalen Lebens von einander getrennt und entwickelt sich jedes für sich, der erste aus dem serösen, das zweite aus dem mucösen Blatte. Beide wachsen einander entgegen, ihre Enden stossen zusammen und bilden zuletzt einen zusammenhängenden, gemeinschaftlichen Kanal, sobald die Scheidewand, wodurch beide getrennt waren, resorbirt ist. Ist nun die Entwickelung beider Theile vollendet, aber die Vereinigung beider Blätter gehindert, wird sich ein Anus ohne Rectum, oder ein

Rectum ohne Anus bilden können; bleibt die Scheidewand fortbestehen, so ist das Rectum undurchbohrt. Dasselbe Verhältniss findet bei der beschriebenen inneren Atresia statt. Das Coecum endet blind. Beide Darmtheile sind nicht vollständig ausgebildet, nicht einander entgegen gewachsen und der Fötus ist auf dieser niederen Entwicklungsstufe stehen geblieben. Schliesslich bemerkt noch der Verf. im Betreff der operativen Behandlung, dass dieser Fall freilich in jeder Hinsicht ausser dem Gebiete jeder Kunsthülfe gesetzt zu werden verdiene, dass aber in Fällen, wo bei Neugeborenen das Rectum gänzlich oder theilweise fehlt und die Verschliessung weit vom Anus entfernt liegt, nur die Formation eines Anus artificialis Nutzen bringen kann. Dem Operateur bleibt alsdann zwischen 3 Methoden die Wahl überlassen: 1) die Bildung des Anus artificialis in der Regio perinaei vom Damm her, wo sonst die natürliche Anusöffnung angetroffen wird; 2) die Operation in der Regio iliaca, die Methode von *Littré*; 3) die Operation in der Regio lumbalis ursprünglich durch *Callisen* vorgeschlagen, später durch *Amussat* modificirt und verbessert. Ueber die Vortheile und Nachtheile dieser 3 verschiedenen Methoden wagt der Verf. kein entscheidendes Urtheil zu fällen.

(Verhandelingen van het Genootsch. ter bevordering der Genees & Heelkunde te Amsterdam. II. D. II. Stuk. Amsterdam 1857. P. 202.)

W. Vrolik und *L. Lehmann:* Wahrnehmung einer Hernia umbilicalis congenita complicirt mit Anus praeternaturalis.

Den 28. Dec. 1856 wurde von einer gesunden Frau aus der niederen Volksklasse, welche schon 5 Mal ein wohlgebildetes Kind zur Welt gebracht, ein ausgetragenes Kind, männlichen Geschlechts lebend geboren, welches in der Regio umbilicalis eine merkwürdige Geschwulst darbot. Der Tumor hatte nämlich eine ovalrunde Form, war oberhalb mehr geschwollen und daselbst mit den gewöhnlichen, obgleich etwas dünnen Bauchdecken bekleidet, die nach unten in eine sehr rothe, gefaltete, mit Epithelium bedeckte Oberfläche endeten, welche alle Eigenschaften der Schleimhaut des untersten Theiles des Dünndarmes besass. Es bestand eine Scheidungslinie zwischen der äusseren Haut und dieser Schleimhautoberfläche, welche letztere am unteren Rande der Geschwulst in ein paar kugelförmige Protuberanzen auslief, in deren Spitzen sich in der Mitte eine Oeffnung befand. An der rechten Seite der Geschwulst sah man den Funiculus umbilicalis in die Bauchhöhle eindringen. Die äusseren männlichen Ge-

schlechtstheile waren normal gebildet, der Anus war offen, ein dünner elastischer Katheter konnte ziemlich hoch eingeführt werden. Das übrigens scheinbar gesunde Kind wollte vom Anfang an die Brust nicht nehmen und musste deshalb mit Milch und Wasser ernährt werden. Die Urinsecretion fand geregelt Statt, aber Meconium wurde nicht entleert. Mit dem dritten Tag nach der Geburt fing das Kind unruhiger zu werden und zu wimmern an, der Bauch schwoll mehr auf, schien beim Druck schmerzhaft zu sein und ergab bei der Percussion einen tympanitischen Ton. Es wurde weder Erbrechen beobachtet, noch aus den beiden kugelförmigen Protuberanzen der Geschwulst eine Entleerung von Meconium. Nach und nach entstanden Convulsionen in den Gliedmassen und den Muskeln des Gesichtes, die Herztöne wurden beschleunigter, die Symptome von Peritonitis traten deutlicher hervor und das Kind starb den 9. Tag nach der Geburt. Die Diagnose wurde durch die Autopsie befestigt, und die Art und Weise wie der Anus praeternaturalis sich gebildet hatte, Hauptgegenstand der Untersuchung. Der Inhalt der Nabelgeschwulst bestand aus sehr erweiterten Krümmungen des Dünndarmes, welche an der rechten Seite in die kegelförmige Erhabenheit übergingen, woraus sich die eine Hälfte des Anus praeternaturalis gebildet hatte. Dieser Kegel war durch Umstülpung der Schleimhaut entstanden, so wie dieses ungefähr mit einem von innen nach aussen gekehrten Finger eines Handschuhes zu geschehen pflegt, der andere Theil der Nabelgeschwulst bestand aus einem kurzen und engen Theile des Colon adscendens, mit dem Uebergange ins Coecum, worauf das Ileum folgte, welches letztere den zweiten Kegel des Anus praeternaturalis bildete. Zwischen beiden Kegeln lag die Fortsetzung der Schleimhaut des Darms, welche beide mit einander verband. Viele Spuren von vorhergegangener Entzündung wurden sowohl in der Nabelgeschwulst, als in der Bauchhöhle angetroffen. Durch 3 lithographische Abbildungen ist diese merkwürdige und höchst seltene Missgeburt nicht nur im Ganzen, sondern auch in allen anatomischen Details ausführlich erläutert. Am Schluss wird auch noch eine Erklärung über die Ursache ihrer Entstehung aus der fötalen Entwickelungsperiode versucht. —

(Ibid. P. 159.)

L. Lehmann: Hernia cerebri bei ausgetragenen lebend geborenen Zwillingen.

Eine gesunde Frau von 46 Jahren, die drei Mal von wohlgenährten Kindern glücklich entbunden war, gebar den 1. Juli 1856 am Ende ihrer regelmässig verlaufenen vierten Schwanger-

schaft Zwillinge. Beide Kinder männlichen Geschlechts, die gross und gut entwickelt waren und sich in einer Schädellage präsentirt hatten, zeigten eine Geschwulst am Hinterkopf, die an Grösse dem Umfange des ganzen Schädels gleichkam und als ein Sack im Nacken hing. Die Geschwulst wurde sofort für eine Hernia cerebri oder vielmehr Hydro-Encephalocele erkannt. Ausserdem wurde an den Geschlechtstheilen beider Kinder Hypospadie in einem geringen Grade wahrgenommen. Das eine Kind starb schon den 3. Tag nach der Geburt, das andere lebte 3 Wochen und starb unter Symptomen von Convulsionen. Die Untersuchung dieser Geschwülste sowohl während des Lebens, als nach dem Tode lieferte die folgenden Resultate. Das erste Kind hatte einen sehr platt gedrückten Schädel, welcher im Verhältniss zu dem stark entwickelten Rumpf, klein von Umfang war, die mittlere Peripherie betrug 27 Ctm., die kleinere 24 Ctm. Die grosse Fontanelle war klein, die Sutura sagittalis sehr fest, die Schädelknochen derb. An dem kurzen, wenig entwickelten Hinterkopf sass die ovalrunde Geschwulst von 24 Ctm. in Umfang, die mit einem schmalen Stiele mit dem grossen Foramen occipitis in Verbindung zu stehen schien; sie war teigartig beim Anfühlen ohne deutliche Fluctuation und mit einer normalen mit Kopfhaar bewachsenen Haut bedeckt. Bei der Palpation konnte darin Gehirnmasse deutlich unterschieden werden. Die anatomische Untersuchung, welche nur unvollständig in Gegenwart der Angehörigen vorgenommen werden konnte, ergab noch Folgendes. Unter der Haut, die mit vielem durch Haematine gefärbten Serum getränkt war, kam die Galea aponeurotica zum Vorschein, und darauf die sehr gefässreiche Dura mater. Diese bildeten die Integumente des Sackes, worin eine grosse Masse gut gebildeter Gehirn-Substanz mit deutlichen Gyri und Sulci enthalten war. Man überzeugte sich, dass diese Gehirn-Substanz durch das Foramen occipitale magnum, welches von unten ganz offen, mit dem Gehirn in der Schädelhöhle communicirte. Es wurde aber nicht deutlich, ob ein Theil des grossen oder kleinen Gehirns in dem Sacke sich vorfand, da das ganze Gehirn eine aussergewöhnlich längliche Form angenommen hatte und gleichsam aus zwei sehr verlängerten Hemisphären zu bestehen schien, worin weder ein Pons Varoli, noch ein Cerebellum deutlich zu unterscheiden war. An der Stelle des Foramen magnum war die Gehirnmasse stark comprimirt. Der Theil des Gehirns, welcher sich im Sacke befand, war sehr hyperämisch, zeigte eine starke Gefäss-Injection der Pia mater und eine hochrothe Farbe, wodurch er von der blassen anämischen Gehirn-Substanz in der Schädelhöhle bedeutend abstach. Was den Schädel betrifft, so war dieser relativ klein, die Knochen dicker und schwerer, als man, aus dem kleinen Umfange zu schliessen, hätte erwarten sollen, sie waren durch die Nähte fest mit einander verwachsen, die

grosse Fontanelle war sehr klein, die kleine fehlte ganz. Der Kopf des zweiten Kindes zeigte eine mehr regelmässige Schädelform. Die Geschwulst, welche mit einer breiten Basis aus der hinteren Seite des Hinterkopfes zum Vorschein kam und im Nacken sass, war kaum so gross, wie der ganze Kopf und mass im Umfang 35 Ctm. Sie war mit einer dünnen Haut bedeckt, welche nach ein paar Tagen dunkelblaue, brandige Flecken an der unteren Seite zeigte, in der Nähe des Hinterkopfes mit Haaren bewachsen, beim Anfühlen leicht und deutlich fluctuirend; nur an der Basis schien sie mehr teigartig, so dass sie grossentheils aus einer Flüssigkeit und nur aus wenig Gehirn-Substanz zu bestehen schien. Einige fortgesetzte Manipulationen hatten sogleich Convulsionen zur Folge. Während der ersten Woche nahm das Kind die Mutterbrust und fing an sich gut zu entwickeln, später wollte es jedoch nicht mehr saugen, wimmerte viel, atrophirte, wurde häufig von Krämpfen befallen, unter welchen Symptomen es nach 3 Wochen verschied. Die Autopsie, welche etwas vollständiger vorgenommen werden konnte, lieferte folgendes Resultat. Unter der Haut lag die Galea aponeurotica mit einer dünnen Muskel-Schichte und darunter unmittelbar die Dura mater, welche mit Serum gefüllt war, das mit der Schädelhöhle nirgends zu communiciren schien. Die Quantität der in dem Sack enthaltenen blutigen Flüssigkeit betrug 325 Cubik-Ctm. und hatte ein specifisches Gewicht von 1,0105. Die Reaction war leicht alkalisch. Die Flüssigkeit war ferner stark eiweisshaltig, der Zuckergehalt sehr gering. Die mikroskopische Untersuchung wies darin viele Blutkörperchen, Epithelium und einige grössere Körnchenzellen nach. Die Dura mater zeigte an verschiedenen Stellen kleinere oder grössere Höhlen, gleichsam cystenförmige Erweiterungen des Tentorium, welche hauptsächlich nach Entleerung der Flüssigkeit deutlich hervortraten. Auf dem Boden des leeren Sackes erschien nun ein kleiner röthlich gefärbter Tumor von der Grösse eines kleinen Tauben-Eies, welcher sogleich für Gehirn-Substanz angesehen wurde. Bei genauer Untersuchung zeigte er sich aus 2 Theilen, einem kleineren und grösseren zusammengesetzt. Der kleine, ovalförmige, hing an einem $1^1/_2$ Zoll langen schmalen Stiel, war nur aus Falten der Pia mater gebildet und enthielt etwas ausgetretenes coagulirtes und noch flüssiges Blut; der andere grössere Theil des Tumor zeigte eine leicht rothe Farbe und war von aussen durch die Arachnoidea und Pia mater bedeckt. In der Gehirnsubstanz, welche breiartig erweicht war ohne Gyri und Sulci, sah man unter dem Mikroskop deutlich die Gehirn-Elemente und Nervenfasern mit vielen Gefässen und Fett. In der Mitte des Os occipitis wurde ferner jetzt eine kleine enge Oeffnung sichtbar, welche mit einem starken knöchernen Rand versehen war, wodurch dieses kleine Gehirn-Geschwülstchen mit der übrigen Gehirnmasse in der Schädelhöhle commu-

nicirte. Nachdem diese Oeffnung vergrössert, die Gehirnmasse aus dem Sacke in die Schädelhöhle zurückgebracht und das ganze Gehirn aus dem Schädel genommen war, wurde es deutlich, dass ein Theil des kleinen Gehirns, die Crura cerebelli ad pontem in dem Bruchsack enthalten gewesen waren, welcher sich durch eine röthere Farbe, stärkere Gefäss-Injection und eine auffallend undeutlichere Structur von der übrigen normalen Gehirnsubstanz auszeichnete, in welche sie allmählig mit einer blässeren Farbe überging. Von der übrigen Gehirnmasse verdient noch erwähnt zu werden, dass sie, obgleich normal entwickelt, sehr weich war und selbst im Alcohol von 30 gr. zu keiner festeren Consistenz gebracht werden konnte. Das kleine Gehirn war nicht so deutlich wie gewöhnlich vom grossen zu unterscheiden und war durch starke Hyperämie charakterisirt. —

(Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde. 1. Jaarg. 1857. P. 97.)

Ueber die Uebertragung secundärer Syphilis von dem Säugling auf die Amme.

Wenngleich einzelne Aerzte noch den Grundsatz vertheidigen, die secundären Formen der Syphilis würden nicht auf ein gesundes Individuum direct übertragen, so neigen sich die meisten Autoren doch zu der entgegengesetzten Ansicht und namentlich in neuester Zeit sind beweisende Fälle hierfür veröffentlicht worden.

Ein derartiger Fall gab Anlass zu einer Klage vor Gericht, wobei die früher gesunde Amme von dem kranken Säugling 14 Tage nach dem ersten Säugen syphilitisch inficirt worden war und einen Schadenersatz beanspruchte. Es war anfänglich die Krankheit des Säuglings von dem Arzte verkannt und nicht für syphilitisch gehalten worden, die Mutter war gesund, der Vater aber syphilitisch gewesen und vor einiger Zeit gestorben. Trotz einer geschickten Vertheidigung wurde die Mutter verurtheilt, der Amme einen Schadenersatz von 8000 Fr. zu zahlen.

(Gaz. des hôpitaux, No. 16, 1858.)

XXII.

Literatur.

Compendium der Geburtskunde für Studirende, von Dr. *Joseph Spaeth*, Professor der Geburtshülfe an der k. k. Josephs-Akademie zu Wien. Mit 54 in den Text eingedruckten Holzschnitten. Erlangen bei *Ferd. Enke*. 1857. gr. 8. 458 S.

Fast zu gleicher Zeit erhalten wir von Wien aus zwei neue Lehrbücher der Geburtshülfe, das eine vom Vorstande der grossen Gebärklinik für Aerzte im allgemeinen Krankenhause, Professor *C. Braun*, das andere von dessen früherem Collegen in jener Anstalt, den im Titel genannten Verfasser. *Braun's* Werk ist mehr für den mit dem Fache Vertrauten, weniger für den Lernenden geschrieben; wer die Grundsätze der Geburtshülfe kennt, wird in ihm manches Neue und Belehrende finden, denn das Buch will mit Kritik gelesen sein. Das Lehrbuch von *Spaeth* ist, wie sein Titel sagt, für Studirende, für Anfänger im Fache, wie Verfasser selbst sagt, gearbeitet. Ein solches Buch aber muss die heutigen Tages geltenden Lehren möglichst einfach und präcise, mit Beiseitesetzung aller hypothetischen Anschauungen in ihrer Gesammtheit darstellen; Klarheit und Kürze sind die ersten an dasselbe zu stellenden Anforderungen. Damit sind auch die Grenzen desselben bestimmt, man muss weder die eigentliche Gynäkologie, noch die Entwicklungsgeschichte, noch die Kinderkrankheiten hineinziehen, wie es in letzterer Zeit vielfach Mode geworden; denn der Umfang der Geburtshülfe ist ein ganz bestimmter, und wer ihn überschreitet, kann ihn nur nach individueller Willkühr abgrenzen.

An solchen Lehrbüchern haben wir aber keinen Ueberfluss und deshalb ist des Verfassers Unternehmen ein ganz zeitgemässes. Der sich gestellten Aufgabe hat er auch vollkommen entsprochen. Den Bedürfnissen der Studirenden wollte er Rechnung tragen und er musste deshalb die praktische Seite des Gegenstandes überall in den Vordergrund stellen. Der Styl ist klar und deutlich, das Verständniss des Textes durch anschauliche Holzschnitte in genügender Anzahl erleichtert, literarische Citate und historische Erörterungen sind passend weggelassen. Die neueren anatomischen und physiologischen Bereicherungen sind mit wenigen Ausnahmen überall berücksichtigt, aber sehr zweckmässig nur so viel, als zur einheitlichen Darstellung der Geburtslehren nothwendig war. Somit bildet das Buch ein hübsch abgerundetes Ganze, welches den Anfängern besonders zu empfehlen ist.

Eine kurze Inhaltsübersicht wird die Disponirung des Stoffes veranschaulichen; Irrthümer, die zu berücksichtigen, sind dem Referenten äusserst wenige aufgestossen.

Der erste Abschnitt „von den in der Fortpflanzungsperiode vorzüglich betheiligten Organen des weiblichen Körpers" beschäftigt sich mit dem Becken, seinen Weichtheilen und mit den Genitalien. Die Beckenschilderung ist genügend, um das aus den Lehren der Anatomie her Bekannte zu recapituliren und die Beziehungen des Beckenkanals zu den Vorgängen in der Schwangerschaft und während der Geburt kennen zu lehren. Bemerken muss Ref. indess, dass er eine Erwähnung der Normalconjugata *(G. H. Meyer)*, die für die Bestimmung der Beckenneigung doch so wichtig ist, unangenehm vermisst hat. Auch hätte Verfasser das Verhältniss der Conjugata diagonalis zur Conjugata vera, wie es durch die verschiedene Neigung und Höhe der Synchondrosis ossium pubis modificirt wird, mehr hervorheben können, da sich hieraus manche Geburtsstörungen erklären lassen. Ebenso wenig haben die Untersuchungen *Luschka's* über die Verbindungen der Beckenknochen (diese sind nämlich Gelenke) eine Berücksichtigung erfahren; denn die Schoossfuge ist nicht eine „Vereinigung der Schoossbeine mittels eines nach dem Typus der Zwischenwirbelscheiben gebauten Faserknorpels."

Der zweite Abschnitt enthält die Darstellung „des physiologischen Verlaufes der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes und ihrer Behandlung." Auf die Schilderung der durch die Gravidität in den Genitalien und im Gesammtorganismus erzeugten Veränderungen folgt die der Entwicklung des befruchteten Eies, „insofern selbe zum Verständniss des gegenseitigen Verhaltens der Eibestandtheile wichtig ist." Hier berührt die Geburtshülfe die Entwicklungsgeschichte und sollte eigentlich auf diese verweisen. Indess erleichtert ein Resumé, besonders wenn es so klar, wie vom Verf. geschehen, gegeben ist, das Verständniss der Wechselwirkung zwischen Mutter und Frucht und lässt alle die betreffenden Veränderungen in einem Bilde übersehen. Deshalb ist die gelieferte Darstellung nur zu loben.

In der Lehre von der Diagnostik der Schwangerschaft classificirt Verf. die verschiedenen Symptome in die drei bekannten Gruppen: sichere Zeichen der Schwangerschaft, solche welche diese nur wahrscheinlich machen und solche, welche sie höchstens vermuthen lassen. Diese Zeichen stellt er nach ihrem Auftreten in den einzelnen Schwangerschaftsmonaten zusammen und geht dann zur Technik der Untersuchung über. In dieser ganzen Schilderung ist Referenten Nichts aufgestossen, dem er nicht seine volle Zustimmung geben konnte. Nur fiel es ihm auf, wie wenig Werth auf die von den Brüsten gelieferten Zeichen gelegt, ja dass *Montgomery's* Drüsen für gar kein Schwangerschaftssymptom

erklärt worden. *Montgomery's* Werk „on the Signs and Symptoms of Pregnancy. 2. Ausg." hätte wohl mehr berücksichtigt werden können. In der Geburtslehre werden unter der Ueberschrift „die Geburt im Allgemeinen" nach einigen einleitenden Bemerkungen die austreibenden Kräfte, die Geburtsperioden und die Dauer der Geburt besprochen. Die Darstellung des Verhaltens der Wehen ist sehr gut; nur bleibt es auffallend, dass Verfasser behauptet „während jeder Wehe contrahirt sich der Uterus in allen seinen Theilen und zwar beginnen die Contractionen im ganzen Organe zu gleicher Zeit". Es ist das entschieden unrichtig, denn jeder organische, d. h. unwillkührlich agirende Muskelapparat contrahirt sich peristaltisch; und wie will man sich bei einer gleichzeitigen Contraction des ganzen Uterus seine Eröffnung oder gar die Austreibung seines Inhaltes denken? Müsste er sich dabei nicht verschliessen, seine Höhle verkleinern und seinen Inhalt enger umfassen? Das Uebergewicht des Grundes über den Hals erklärt bei der Annahme gleichzeitiger, und nicht peristaltischer Action die Phänomene der Geburt, besonders der Eröffnungsperiode auch nicht. — Es werden fünf Geburtsperioden angenommen, wogegen Nichts einzuwenden, obgleich die Eintheilung der Geburtserscheinungen in nur drei Zeiträume naturgemässer ist.

In der zweiten Rubrik der Geburtslehre wird von der „normalen Geburt" gehandelt und der Mechanismus, die Veränderungen des Schädels bei seinem Durchtritte durch das Becken und die Behandlung der normalen Geburt angegeben. Als einzig normale Lage nimmt Verf. die Schädellage an, und zwar allein die sogenannte 1. und 2. Die übrigen, gewöhnlich als normale Lagen bezeichneten, werden im pathologischen Theile als abnorme Stellungen bei Schädellagen und als abnorme Lagen (Gesichts-, Beckenendlagen) besprochen. In dieser Hinsicht weicht Verf. von der in Deutschland gebräuchlichen Eintheilung ab und nähert sich den Engländern, welche letztere Lagen ja auch als fehlerhafte bezeichnen. Gewiss ist, dass sie sich letzteren oft mehr, als den normalen anschliessen. Im Ganzen ist dieser Abschnitt einer der besten des Buches, die Schilderung des Mechanismus vortrefflich, die Regeln für die Behandlung der Geburt sind aus der Erfahrung genommen, und besonders ist der Nutzen der Seitenlage und der Dammunterstützung recht hervorgehoben. Einige Bemerkungen über den Gebrauch des Chloroforms in der Geburtshülfe, die wir vermisst haben, wären bei der Bedeutung des Gegenstandes wohl an ihrer Stelle gewesen.

In der Lehre vom Wochenbette werden in gedrängter Kürze die Veränderungen in den Genitalien, dem Gesammtorganismus, in den Brüsten, die an Neugeborenen in gewöhnlicher Weise vorgetragen und für die Pflege der Wöchnerin und des Kindes passende Regeln gegeben. — Angehängt ist dieser Abtheilung die Diagnose vorausgegangener Geburten und die Ab-

weichungen im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt Mehrgeschwängerter. Warum diese als Anhang figuriren und nicht an den passenden Stellen früher besprochen sind, sehen wir nicht recht ein.

Refer. hält den physiologisch-diätetischen Theil eines Lehrbuches der Geburtshülfe für den wichtigsten, auf den am meisten Sorgfalt verwendet werden muss, weil nur die Kenntniss der normalen Erscheinungen des Fortpflanzungsgeschäftes ein Verständniss der pathologischen ermöglicht und zu einer naturgemässen vernünftigen Therapie die beste Anleitung giebt. Dieser Theil ist im vorliegenden Buche kurz, aber genügend und gründlich abgehandelt, und schon deshalb letzteres dem Anfänger zu empfehlen. Aber auch die beiden folgenden Abschnitte zeugen von der Berechtigung des Verfassers, mit seinem Buche vor die Oeffentlichkeit zu treten, und es ist das beste Lob, welches wir über dieselben fällen können, wenn wir erklären, dass uns Weniges, fast Nichts aufgefallen ist, was einer Berichtigung bedürfte.

Der dritte Abschnitt umfasst „die Abnormitäten im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt" und zwar in der jetzt vielfach gebräuchlichen Eintheilung: von der Mutter, vom Fötus und von dessen Anhängen ausgehend. *Naegele's* Eintheilung in erschwerte und nicht erschwerte, aber complicirte Geburten erscheint uns passender und naturgemässer. — Dem Verfasser kamen entschieden seine in der „Klinik für Geburtshülfe und Gynäkologie, Erlangen 1855" schon niedergelegten Erfahrungen und Arbeiten vielfach zu Hülfe, wie sich denn mannigfache Reminiscenzen an dieselben in dem vorliegenden Buche finden, was besonders von der Lehre über enge Becken, Missverhältniss überhaupt, über abnorme Kindeslagen, über Störungen von den Fötalanhängen ausgehend, über Blutungen und über die Convulsionen gilt. Es soll dies indess durchaus kein Vorwurf sein, da Verfasser ja nur seine eigenen, an einem andern Orte schon niedergelegten Ansichten wiedergiebt, wozu er in einem Lehrbuche das volle Recht hatte. In der Darstellung der Beckenanomalie vermissen wir eine jede Angabe über die Entstehung derselben, dagegen finden wir die Erkrankungen des Nabelstranges und besonders der Placenta mit einer Ausführlichkeit abgehandelt, welche nicht in ein Lehrbuch, wie das vorliegende gehört, da dieselben doch sehr wenig praktisches Interesse haben. Eine nothwendige Consequenz der ganzen Eintheilung ist es ferner, wenn neben diesen nur anatomisches Interesse bis jetzt bietenden Erkrankungen die Placenta praevia und die Retentio placentae abgehandelt sind. — Warum die mehrfache Schwangerschaft unter den Schwangerschaftsstörungen besprochen wird, können wir keinen Grund finden. Doch wir wollen nicht an Einzelheiten hängen bleiben, über die zu rechten kein Grund vorliegt, da die eine Ansicht oft so viel, wie die entgegengesetzte für sich hat.

Der vierte Abschnitt handelt von den geburtshülflichen Operationen. Sie werden folgender Massen eingetheilt: I. Operationen zur Eröffnung und Erweiterung der natürlichen Geburtswege: *A.* Künstliche Einleitung der Geburt vor dem normalen Schwangerschaftsende: *a.* Künstliche Einleitung des Abortus. *b.* Künstliche Einleitung der Frühgeburt. *B.* Künstliche Erweiterung des Muttermundes. *C.* Blutige Erweiterung der Scheide. *D.* Blutige Erweiterung der Schamspalte. *E.* Künstliche Erweiterung des Beckens. *F.* Künstliche Eröffnung der Eihäute. — II. Operative Eingriffe, welche eine Lageveränderung des Fötus bewirken: *A.* Wendung durch äussere Handgriffe. *B.* Wendung durch innere Handgriffe: *a.* Auf den Kopf. *b.* Auf die Füsse. *c.* Auf den Steiss. — III. Operative Eingriffe, welche die Extraction des Fötus ohne Verletzung desselben zum Zwecke haben: *A.* Manuelle Extraction: *a.* An den Füssen. *b.* Am Steisse. *B.* Extraction mit der Zange. *C.* Hebel und Aërotractor. — IV. Operative Eingriffe, welche die Extraction nur mit Verletzung des Fötus zu Stande bringen: *A.* Perforation. *B.* Cephalotripsie (soll wohl Cephalothrypsie heissen?). *C.* Embryotomie: *a.* Amputation der Gliedmassen. *b.* Embryulcie. *c.* Decapitation. — V. Operationen, welche die Eröffnung eines aussergewöhnlichen Geburtsweges bezwecken: *A.* Kaiserschnitt. *B.* Bauchschnitt. — VI. Nachgeburtsoperationen. Anhang: die gewaltsame Entbindung.

Die beiden letzten Abschnitte sind den Erkrankungen der Wöchnerinnen und den Missbildungen und Erkrankungen der Neugeborenen gewidmet, unter denen auch der Scheintod letzterer seine Stelle gefunden. Verfasser hätte besser gethan, diese Abschnitte aus seinem Buche fortzulassen, denn eine ausführliche Berücksichtigung der Puerperal- und Kinderkrankheiten überschreitet die Grenzen, in welchen sich die Lehre der Geburtshülfe zu bewegen hat. Sie schliesst sich hier an die übrigen praktischen Fächer an, und muss u. A. die Wochenkrankheiten der Lehre von den Frauenkrankheiten überlassen.

Im Ganzen kann Refer. von diesem Lehrbuche indess behaupten, dass es dem von seinem Verfasser sich gestellten Zwecke vollkommen entspricht. Die geburtshülflichen Lehren sind in scharfen Umrissen dargestellt und eine Zersplitterung der praktischen Anweisungen durch anderen Fächern entnommene Lehren ist vermieden. Dasselbe vermag den Anfänger auf den Standpunkt, welchen die Geburtshülfe einnimmt, leicht und sicher zu führen. Bei der lobenswerthen Ausstattung und dem mässigen Preise desselben wünschen wir ihm eine recht weite Verbreitung.

Göttingen. *Spiegelberg.*

XXIII.

Dietrich Wilhelm Heinrich Busch.

Nekrolog.

Mit tiefer Wehmuth erfüllen wir die traurige Pflicht, dem Manne Worte aufrichtigster Liebe und ehrendster Anerkennung nachzurufen, der, obwohl von Gott mit langer Lebensdauer gesegnet, doch viel zu früh von dieser Welt jüngst abgerufen wurde. Wenn auch in weitesten wissenschaftlichen Kreisen durch seine mannigfachen schriftstellerischen Arbeiten als eifriger Förderer der Wissenschaft anerkannt, wenn auch als Lehrer in seinem ausgedehnten Wirkungskreise geliebt und verehrt, so wurde er doch hauptsächlich von Denjenigen am reinsten in seinem wahren Werthe, in seinen hohen Tugenden erkannt und bewundert, welche das Glück hatten, durch innigere Bande an seine Person gefesselt zu werden. Könnten doch alle die Vielen zugleich mit uns reden und preisen, welche seit Jahren nicht nur als seine Schüler, sondern auch als seine Hülfsärzte neben ihm thätig waren, von welchen letzteren nach und nach fast alle zu ehrenvollen Stellungen in der Welt und Wissenschaft gelangten, alle würden einstimmen in das begeisterte Bekenntniss: Er war uns allen

ein wahrer treuer Führer und Freund, er hat uns alle geliebt, geschützt und gefördert wo und wie er nur konnte. Sein Familienleben war ein musterhaftes, ideales, und soll man einen Rückschluss machen von dem Glücke, welches er seinen Angehörigen, seinen Freunden, seinen Hülfsärzten, seinen Schülern zu bereiten suchte, so war auch sein eignes Leben ein sehr glückliches zu nennen!

Dietrich Wilhelm Heinrich Busch wurde am 16. März 1788 zu Marburg in Kurhessen geboren, wo sein Vater Geheimer Hofrath und ordentlicher Professor der Medicin war. Als Studirender der Medicin immatriculirt den 30. Januar 1804, wurde er am 4. Juni 1808, also vor fast 50 Jahren, von seinem eigenen Vater promovirt. Schon vorher hatte er vom November 1806 bis zum August 1807 im französischen Lazareth freiwillig, als Unterarzt Dienste gethan und ebenso im Lazareth der polnischen Legion vom December 1807 bis zum März 1808. Seine ärztliche Laufbahn erlitt eine Unterbrechung durch den Aufstand in Hessen, welcher vom Freiherrn *von Dörnberg* gegen den König von Westphalen *Jerome Napoleon* organisirt war und gleich nach der *Schill*'schen Erhebung auch in Hessen ausbrechen sollte, um diesen Theil von Deutschland von der Fremdherrschaft zu befreien. Durch Verrath wurde jedoch der ganze Versuch im Keime erstickt. *Busch*, zeitig genug durch Freunde gewarnt, konnte mit andern Genossen entfliehen, während Andere, welche den Warnungen kein Gehör gaben, ergriffen und erschossen wurden, wie z. B. *Busch's* Freund Prof. *Sternberg*. *Busch* brachte einige Monate im Kölnischen Sauerlande zu, wo ihn ein befreundeter Ober-Förster versteckt hielt; bald darauf wurde er amnestirt, besonders deshalb, weil er ganz freiwillig früher Dienste in den Militärhospitälern gethan hatte.

Von nun an diente er unausgesetzt in den französisch-westphälischen Lazarethen bis zum October 1813. In diesem Monate rückten die Russen in Marburg ein und er übernahm nun das russische Lazareth. Am 13. Januar 1814, also noch

nicht ganz 26 Jahre alt, wurde er zum General-Stabsarzte, oder wie es in der Bestallung heisst „zum Generalfeldmedicus bei dem Generalstabe", des in das Feld rückenden hessischen Armeecorps ernannt. Der verheerende Lazarethtyphus, welcher jahrelang in den Hospitälern geherrscht hatte und welchem *Busch* beinahe selbst erlegen wäre, hatte so viele Aerzte fortgerafft, dass auch zu den jüngsten Individuen bei Besetzung der Stellen im Heere und den Hospitälern gegriffen werden musste; zu deren Instruction schrieb *Busch* eine kurze Feld-Chirurgie, sein erstes Werk.

Als er aus dem Felde zurückkehrte, wurde er im Decbr. 1814 zum Prof. extraord. ernannt. Als solcher hielt er Vorlesungen über Chirurgie, der er sich besonders widmen wollte. Bei der Rückkehr *Napoleon's* von Elba berief ihn der Kurfürst abermals zum General-Stabsarzt, jedoch mit Beibehaltung seiner Professur, die er nach geschlossenem Frieden wieder antrat. Die Verhältnisse an der Universität verhinderten ihn jedoch sich ausschliesslich der Chirurgie zu widmen, wiewohl er noch fortfuhr darüber zu lesen und seine Beobachtungen während des Feldzuges und des Friedens in dem *Rust*'schen Magazin zu veröffentlichen. Jetzt gewann er die Beschäftigung mit der Geburtshülfe, in der er vielfach praktisch thätig war, so lieb, dass er sich bald ihr ausschliesslich zuwandte.

Am 29. April 1817 verheirathete er sich mit *Caroline Wagner*, Tochter des Raths *Wagner* in Ziegenhayn. Am 20. Juni desselben Jahres wurde er Prof. ordinarius in der medicin. Facultät an derselben Universität, an welcher sein Vater und Grossvater schon in gleicher Eigenschaft gewirkt hatten, sodann am 23. Juni 1820 Professor der Geburtshülfe und geburtshülflichen Klinik. Bei dem im Sommer 1827 gefeierten Jubiläum der Universität war er gerade Prorector. Im Mai 1829 wurde er nach Berlin als ordentl. Professor und Director der geburtshülflichen Klinik an der Universität berufen. Der Amtsantritt fand im September desselben Jahres

statt. Am 16. October wurde er Medicinalrath und Mitglied des Medicinal-Collegiums, am 24. März 1838 erhielt er das Patent als Geh. Med.-Rath, am 13. October 1849 wurde er Mitglied der wissenschaftlichen Deputation des Ministeriums. Zweimal bekleidete er an der Universität Berlin das Amt des Rectors. Von Ehrenzeichen schmückten im Jahre des Todes seine Brust der Preuss. Rothe Adlerorden 2. Klasse, der Russische St. Wladimirorden 4. Klasse und die Hessische Ehrenmedaille aus erobertem Geschütz.

Gelehrten Gesellschaften gehörte er theils als ordentliches, theils als correspondirendes und Ehrenmitglied an: der *Senkenberg*ischen naturforschenden Gesellschaft, der Frankfurter Gesellschaft zur Beförderung der nützlichen Künste, der Gesellschaft zur Beförderung der Naturwissenschaften zu Marburg, der Gesellschaft russischer Aerzte zu Petersburg, dem Vereine für Heilkunde, dem Deutschen Vereine für Heilwissenschaft, der philosophisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg, der physikalisch-medicinischen zu Erlangen, den medicinischen Gesellschaften zu Gent, Brüssel, Athen, Kopenhagen, Stockholm, der Kais. Akademie der Medicin zu Paris und Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin.

Als im September 1825 auf der Versammlung der Aerzte und Naturforscher zu Frankfurt a. M. eine grössere Anzahl deutscher Aerzte sich zu der höchst zeitgemässen Herausgabe einer gemeinsamen deutschen Zeitschrift für Geburtskunde vereinigte, wurden *Busch* in Marburg, *Mende* in Göttingen und *Ritgen* in Giessen zu Redactoren derselben gewählt und schon im Jahre 1827 erschien der erste Band dieser ehrenwerthen Zeitschrift, welche zwar im Jahre 1834 ihren Titel in „Neue Zeitschrift für Geburtskunde“ und im Jahre 1853 in „Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten“ veränderte, unter deren Herausgebern aber bis zum vorigen im März erschienenen Hefte *Busch's* Name ununterbrochen voranstand. Er war der Zeitschrift ein treuer Pfleger und legte eine grössere Zahl seiner schriftstellerischen Arbeiten in

ihr nieder. Von denselben seien unter vielen Anderen hier erwähnt:

Betrachtungen über das Kindbettfieber (Gemeinsame Zeitschrift Bd. 1, 2 u. 3). —

Geschichte einer Kaisergeburt bei Osteomalacie (Bd. 3). —

Die regelwidrigen Fruchtlagen bei der Geburt, als Beitrag zur Lehre von der Wendung (Bd. 3). —

Ueber das Frieselfieber der Wöchnerinnen (Bd. 4). —

Ein Ausdehnungswerkzeug des Muttermundes, besonders für die künstliche Frühgeburt (Bd. 6). —

Bemerkungen über den Gebrauch des unreifen Mutterkornes (Neue Zeitschrift Bd. 1). —

Eine neue Methode, die künstliche Frühgeburt zu bewirken (Bd. 1). —

Ein Beitrag zur Diagnose der Gebärmutterpolypen (Bd. 3). —

Zwei Fälle von Graviditas extrauterina (Bd. 3). —

Entzündung der Nabelarterien als Ursache des Trismus der Neugebornen (Bd. 5). —

Ueber die Vertilgung des Puerperal-Miasma in Entbindungs-Anstalten (Bd. 31). —

Sämmtliche Jahresberichte über die in seinen Gebär-Anstalten vorgekommenen Ereignisse. —

Von seinen übrigen Schriften sind zu nennen:

Dissert. inaug. de gangraena nosocomiorum Marb. 4. 1808. —

Einrichtung der geburtshülflichen Klinik in der academischen Entbindungs-Anstalt zu Marburg. Marb. 1821. 4. —

Geburtshülfliche Abhandlungen nebst einer Nachricht über die academische Entbindungs-Anstalt zu Marburg. Mit Abbild. Marb. 1826. 8. (Abdruck früherer Aufsätze aus *Rust's* Magazin XV, Berlin 1823 und XVI, Berlin 1824, sowie aus *Mende's* Beobachtungen 2 Bd.). —

Observata quaedam de febre puerperali. Marburgi 1827. 4. (Prorectorats-Programm. In ausgedehnterer Weise bearbeitet in d. gemeins. deutsch. Zeitschr. f. Gbtsk. Bd. 1 ff.)

Lehrbuch der Geburtskunde. Marb. 1829. 8. — Zweite Auflage ebendas. 1833. — Dritte Aufl. Berl. 1836. — Vierte Aufl. Mit 10 Holzschn. ebendas. 1842. — Fünfte Aufl. ebendaselbst 1849. (Dasselbe wurde in das Dänische und Holländische übersetzt.) —

Die theoretische und practische Geburtskunde durch Abbildungen erläutert. Hierzu ein Atlas von 50 Steindrucktafeln in Folio. Berlin 1838. —

Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und therapeutischer Hinsicht. 5 Bände. Leipzig 1839—44. 8. —

Atlas geburtshülflicher Abbildungen mit Bezugnahme auf das Lehrbuch der Geburtskunde herausgegeben mit 48 Tafeln. Lexiconformat. Berlin 1841. — Zweite Auflage 1851. — (Der Text wurde in das Portugisische übersetzt.) —

Busch und *A. Moser:* Handbuch der Geburtskunde in alphabetischer Ordnung. 4 Bde. Berlin 1840—43. —

Die geburtshülfliche Klinik an der Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin 1.—3. Bericht (umfassend die Jahre 1829—1847). Berlin 1837—1854. —

Einzelne dieser Werke gehören zu den besten, welche die geburtshülfliche Literatur aufzuweisen hat.

Ausserdem war *Busch* Mitarbeiter an folgenden Werken:

Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften, herausgegeben von den Professoren der medicin. Facultät in Berlin. 37 Bde. Berlin 1828—49. (In diesem grossen Werke sind die bei weitem meisten Artikel über Geburtshülfe und Frauenkrankheiten von *Busch* bearbeitet). —

Lehrbuch der Geburtskunde für Hebammen in den Königl. Preuss. Staaten. (Nach der Preisschrift von *J. H. Schmidt*, herausgegeben von *Rust, Trüstedt, Kluge, Busch* und *Albers*). Berlin 1839. — Zweite Auflage 1849. —

Dewees: Die Krankheiten des Weibes. Aus dem Englischen von *Moser*, mit Zusätzen und Anmerkungen versehen von *D. W. H. Busch*. Berlin 1837. —

Ausser der Lehrthätigkeit und den literarischen Arbeiten widmete *Busch* noch einen grossen Theil seiner Zeit der Beschäftigung als ausübender Arzt und fand darin eine ausserordentliche Befriedigung; auch hatte er das grosse Glück, dass er fast überall, wo er als Arzt erschien, auch sehr bald als Freund begrüsst wurde. Seine Anhänglichkeit war dem entsprechend und in seinen letzten Lebensjahren, als seine Familie auf Verringerung der Arbeit drang, kostete es ihm schwere Kämpfe, ehe er den Entschluss fasste, sich theilweise aus der Praxis zurückzuziehen.

Er erfreute sich von Jugend an eines kräftigen, gesunden Körpers, der geeignet war, den vielfachen Mühseligkeiten und Gefahren seines bewegten Lebens Trotz zu bieten und die vollständigste Frische des Geistes und Körpers blieb ihm treu bis zu seiner letzten Krankheit. Am 11. Januar d. J. zum letzten Male in seinem Berufe thätig, erkrankte er an einem acuten Muskelrheumatismus, zu welchem sich Recidive eines früheren Wechselfiebers gesellten. Die Krankheit schien bereits gebrochen, seine ärztlichen Freunde betrachteten ihn als fast wiederhergestellt, als ein plötzlicher Schlaganfall am 15. März Morgens 10 Uhr seinem Leben ein sanftes Ende machte.

An seinem Sarge trauerten seine Wittwe, drei vier Schwiegerkinder, eine Reihe von Enkeln und Verwandten. Mehrere seiner Kinder waren ihm in d seits vorausgegangen. An seinen Nachkommen hatte und reine Freude erlebt.

Er streute in seinem Leben eine reiche, gesegne und konnte viele Früchte derselben selbst erndten, vie sind der Nachwelt aufgespart, die dankbar ihn dafür wird jetzt und immerdar!

XXIV.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin.

Sitzung vom 12. Januar 1858.

Der Vorsitzende, Herr *Carl Mayer* sen., legte der Gesellschaft eine Anzahl eingegangener Schriften vor, unter Anderen „Experimentelle Untersuchungen über die Nervencentra und die Bewegung des Uterus von Dr. *O. Spiegelberg*."

Der Schriftführer verlas hierauf folgendes von dem auswärtigen Mitgliede, Herrn *Birnbaum* in Trier an die Gesellschaft gerichtetes Schreiben, worin ein Fall von Schulterlage mit Vorfall eines durch Amputatio spontanea verstümmelten Armes beschrieben wird.

Der Fall, welchen ich mittheilen will, bietet sich zwar mehr als praktisches Curiosum dar, als dass er bei der nicht möglichen genaueren Untersuchung auf wissenschaftliche Bedeutung Anspruch hätte. Er giebt mir aber Veranlassung, eine schon bei früheren Gelegenheiten angezogene Frage von praktischem Interesse noch einmal anzuregen, die, obschon ihren Anfängen nach ziemlich alten Datums, doch die näher eingehende Besprechung von Seiten bewährter Fachmänner mir mehr zu verdienen scheint, als ihr zu Theil geworden ist.

Der Fall selbst betrifft eine Schulterlage mit Vorfall eines durch Amputatio spontanea verstümmelten Armes und zwar ist die Deformität von ganz gleicher Art, wie dieselbe von *Hecker* (Monatsschr. f. Gbtsh. u. Fr. III, 6, 401) beschrieben und abgebildet ist.

XXIV.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe

in

Berlin.

Sitzung vom 12. Januar 1858.

Der Vorsitzende, Herr *Carl Mayer* sen., legte der Gesellschaft eine Anzahl eingegangener Schriften vor, unter Anderen „Experimentelle Untersuchungen über die Nervencentra und die Bewegung des Uterus von Dr. *O. Spiegelberg*."

Der Schriftführer verlas hierauf folgendes von dem auswärtigen Mitgliede, Herrn *Birnbaum* in Trier an die Gesellschaft gerichtetes Schreiben, worin ein Fall von Schulterlage mit Vorfall eines durch Amputatio spontanea verstümmelten Armes beschrieben wird.

Der Fall, welchen ich mittheilen will, bietet sich zwar mehr als praktisches Curiosum dar, als dass er bei der nicht möglichen genaueren Untersuchung auf wissenschaftliche Bedeutung Anspruch hätte. Er giebt mir aber Veranlassung, eine schon bei früheren Gelegenheiten angezogene Frage von praktischem Interesse noch einmal anzuregen, die, obschon ihren Anfängen nach ziemlich alten Datums, doch die näher eingehende Besprechung von Seiten bewährter Fachmänner mir mehr zu verdienen scheint, als ihr zu Theil geworden ist.

Der Fall selbst betrifft eine Schulterlage mit Vorfall eines durch Amputatio spontanea verstümmelten Armes und zwar ist die Deformität von ganz gleicher Art, wie dieselbe von *Hecker* (Monatsschr. f. Gbtsh. u. Fr. III, 6, 401) beschrieben und abgebildet ist.

In diesem Herbste wurde ich auf ein mehrere Stunden entferntes Dorf gerufen, da die Hebamme bei der betreffenden Erstgebärenden nicht fertig werden könne. Bei meiner gegen $6\frac{1}{2}$ Uhr Abends erfolgten Ankunft hörte ich, dass das Wasser schon um 1 Uhr abgegangen und dann ein Glied vorgefallen sei, dass die vorher sehr grosse Ausdehnung und eigenthümliche Form und Abtheilung des Leibes die Gegenwart von Zwillingen wahrscheinlich mache, der vorgefallene Theil ein Fuss zu sein scheine und neben ihm der Kopf des zweiten Kindes liegen müsse; doch erklärte mir die Hebamme, dass ihr Alles zweifelhaft erscheine und sie aus der Sache nicht klug werden könne.

Der Uterus war allerdings schief verzogen, durch eine schräg von oben rechts nach unten links laufende Abplattung abgetheilt, in der rechten Darmbeingegend in runder Wölbung stark prominirend, links unter und neben dem Grunde ebenfalls, wenn gleich weniger, doch liess die gegenwärtige Ausdehnung des Leibes und der Umfang jener Prominenzen die Idee einer Zwillingsschwangerschaft sofort aufgeben. In der weichen, aufgelockerten, gut vorbereiteten Scheide fand ich tief bis zum Eingange herabgepresst, ein kleines gebogenes Glied, bei dessen Streckung ein Theil sich als ganz besonders kurz und beweglich auswies, etwa $1\frac{1}{2}''$ lang. Die Biegung trat spitz hart entgegen, als spitze Knochenecke, oben breit, von zwei Knöcheln begrenzt. Der kleinere Theil war dick, sich rasch abplattend, etwa $\frac{3}{4}''$ breit, ohne Gliederung in einen wulstigen ebenen Rand auslaufend.

Der längere Schenkel des gebogenen Gliedes setzte sogleich dick, rund, fleischig an und ging unmittelbar in einen grossen, runden, gleichmässig gewölbten aber weichen Theil über, mit dem er sich verschmolzen, nicht an ihm anliegend auswies. Auf der linken Seite bot derselbe eine ebene, glatte, breite Knochenfläche, welche den grössten Theil des Beckenraumes ausfüllte, von dickem, weichem Polster überdeckt, und welche von der Hebamme als Kopf vermuthet wurde. Nach rechts hin zog der Theil unregelmässig gebildet, mit dem Wechsel harter und weicher Stellen, sehr uneben, höher in das Becken hinauf, und glaubte ich durch die Anschwellung einen Knochenbogen mit links gewendeter Concavität zu fühlen.

Ich hatte Data genug, um die Sachlage mir klar und bestimmt darzulegen. Das gebogene Glied in seinem unmittelbaren Zusammenhang mit einem grossen Kindestheile konnte nur der Arm, nicht der Fuss sein, doch musste Amputatio spontanea angenommen werden. Die Schulter war mit dem Schulterblatte tief herabgedrängt, der Kopf muthmasslich in der linken Seite über dem Beckeneingange, der Körper des Kindes musste sehr stark seitwärts und mit dem Rücken nach unten umgebogen sein, wie auch bei dem Wirken mehrstündiger kräftiger, zuletzt stark drängender Wehenthätigkeit nicht anders zu erwarten stand.

Zu genauerer Feststellung und Erledigung des Falles liess ich die Frau sofort auf das Querbette bringen. Die rechte hintere Seite des Beckens war allein am leichtesten durchgängig und bestimmte mich zur Wahl der linken Hand. Ein Versuch, vorsichtig und schonend den Kindeskörper beweglich zu machen und zu erheben, blieb erfolglos.

Ich fand aber meine Vermuthung in Betreff der Rippenbogen und des Herabgedrücktseins des hintern seitlichen Brustumfanges bestätigt und stiess dicht hinter dem Brustkorb auf den zweiten Arm, der mir in dem engen Raume den Weg zu Erreichung und Einleitung des Fusses versperrte. Kein Tropfen Kindeswasser war mehr zugegen, nur aufgeschlemmtes schmierig flüssiges Kindspech quoll in geringer Menge vor. Die Brust war in starker Wölbung von links nach rechts, der untere Theil des Rumpfes von rechts nach links übergebogen, der Nabelstrang neben dem halb nach hinten, halb aufwärts gebohrten Bauch pulslos herabhängend. Ich konnte durch Erhebung des Kindes oder Bewegung seines Rumpfes keinen Raum gewinnen, da Beides unmöglich war, und begann sofort mit Herabstreckung des linken Armes hinter dem Rumpfe, da der obere Beckenraum durch ihn beschränkt erschien, der untere Raum genug für alle Gliedmassen bot, und kam nun bald zum linken Beine, das sich mit einigen hin- und herschiebenden Bewegungen verhältnissmässig leicht herabstrecken und zwischen beiden Armen durch bis zum Eingang der Scheide mit dem Fusse leiten liess.

Die Frau klagte jetzt über stark schnürende, krampfichte Schmerzen im Unterbauche, welche durch Anziehen des Fusses

stiegen und zeigte bedeutende Gefässaufregung. Ein Aderlass von ℥xij und Ruhe nach der etwa 10 Minuten in Anspruch nehmenden Manipulation der Untersuchung und Fusseinleitung wirkten günstig beschwichtigend, und nach etwa einer Stunde gelang durch leichten Anzug an dem Fusse mit äusserlich geschehendem gelindem Heraufdrängen des untern Gebärmuttertheiles die völlige Umgestaltung der Lage ganz leicht. Die weitere, durch Wehen günstig unterstützte Hervorleitung des Kindes bot, da beide Arme herabgestreckt blieben, keine Schwierigkeiten. Das geborne Mädchen gab kein Lebenszeichen. Der rechte Vorderarm war auf $1^1/_2$″ vom Ellbogen an abgesetzt, die Muskulatur des Rumpfes fühlte sich häutig-sehnig an, und auf der Spitze bot er drei Hautvertiefungen mit runzlichfaltig in die kleinen Trichter hineingezogener Haut, doch frei über dem Knochen verschiebbar, ganz wie dies auch in dem Falle von *Hecker* erwähnt ist und in allen gleichartigen sich findet. Vorragungen und Fleischstümpfchen, wie dieselben bei Hemmungsbildungen vorkommen, waren nicht vorhanden. Mutterkuchen und Nabelstrang boten gar nichts Bemerkenswerthes. Das Wochenbett verlief anfangs durchaus normal, bis am vierten Tage auf heftigen Schreck wegen eines in der Nähe ihrer Wohnung ausgebrochenen starken Brandes Störungen eintraten, die aber ebenfalls bald beseitigt werden konnten.

War es hier die Auffindung und Einleitung des zweiten Fusses, welche durch Herableitung des zweiten Armes wenigstens sehr erleichtert wurde, so hatte ich auch längere Zeit vorher die Durchführung der Wendung in eben so entschiedener Weise erleichtert, ja allein ermöglicht gefunden.

Am 4. Febr. 1855 war ich zu einer im 5. Geburtsgeschäfte begriffenen sehr kräftigen, robust gebauten Bauersfrau auf ein mehrere Stunden weit entferntes Dorf gerufen worden, bei welcher Morgens gegen 8 Uhr mit Vorfall des ganzen Armes das Wasser abgegangen war. Da ich erst gegen 1 Uhr Nachmittags dort eintreffen konnte, so waren mittlerweile unter allmälig steigender allseitiger Anlage des Uterus um den Kindeskörper herum starke Wehen wiedergekehrt, und ich fand die vorliegende rechte Schulter von hinten her tief in das Becken hinabgedrückt, den Arm stark geschwollen, dunkelblauroth, fast ganz vor die Geschlechtstheile getreten.

Neben der in der linken Beckenseite im hintern Umfange vorgetretenen Schulter fand ich den Nacken des Kindes, der mich zu dem nach aufwärts umgebogenen Hals- und dem über dem vordern Umfange der rechten Beckenhälfte aufgepressten Kopfe (Hinterhaupt) führte. Hinter diesem, an ihm vorbeigehend, ragte der linke Ellbogen in die rechte Hüftkreuzfugengegend ein. Kein Tropfen Wasser befand sich mehr im Uterus und in der Rückenlage der Frau war das Einbringen der Hand schlechterdings unmöglich. Mit Mühe konnte in Knie-Ellbogenlage die Hand mit nur gering möglicher Fortbewegung des Kopfes an der einzig freien rechten Synchondrosengegend vorbei durchdringen, und in durch lange Pausen unterbrochenen behutsamen Manipulationen zum linken Knie emporkommen, worauf die Streckung dieses Beines und Einleitung des betreffenden Fusses trotz fester Einkeilung des Rumpfes gelang. Der Körper war dadurch aber weder beweglicher gewörden, noch in seinen Lageverhältnissen verändert. Ich begnügte mich vorläufig mit Anschlingung des Fusses im Scheideneingange, brachte die Frau auf das Querlager zurück und gab ihr, nachdem ich vorher wegen der gewaltigen Gefässaufregung einen Aderlass von ℥xvj gemacht, bei der grossen Empfindlichkeit des ganzen Leibes und den heftigen schnürenden Schmerzen, namentlich in der Unterbauchgegend, die durch die leichteste Verschiebung der vorliegenden Kindestheile aufs heftigste sich steigerten, 20 Tropfen Tra thebaica. Nach $1^1/_2$ Stunden war vollkommene Ruhe eingetreten, unter Ausbruch reichlichen Schweisses und Nachlass aller Schmerzen und jeder Empfindlichkeit. Ein nun unternommener, durch äussern Gegendruck gegen den Kindeskörper unterstützter Zug an dem eingeleiteten Fusse war schmerz- aber auch völlig wirkungslos. Die rechte Schulter nebst Arm stieg nicht empor. Ein Versuch, an dem eingeleiteten Fusse vorbei zum zweiten Fusse zu gelangen, blieb ebenfalls erfolglos, da der Rumpf des Kindes keinem Erhebungsversuche nachgab, mochte er Stützpunkte suchen, wo er wollte und mir die Anwendung grösseren Kraftaufwandes theils an sich gefährlich erschien, theils Erneuerung des Krampfes fürchten liess. So war auch der doppelte Handgriff ausgeschlossen. In dieser Verlegenheit glaubte ich durch Herabstreckung des linken Armes, dessen

Ellbogen etwas tiefer in das Becken hinabgetreten war, mir, wenn auch keinen andern Vortheil, so doch den eines Weges zum zweiten Fusse möglicher Weise gewinnen zu können. Dieselbe gelang ganz leicht, und war der Arm so nach rückwärts gegen den Rücken hin herabgezogen. Ich bemerkte dabei ein gleichzeitiges ruckweises Ausweichen der betreffenden Schulter, und war höchst angenehm überrascht, nun sofort bei leichtem Anzuge des eingeleiteten Fusses den vorgefallenen Arm zurückweichen, die Schulter emporsteigen zu sehen. Der Kindeskörper war mit einem Male ganz leicht beweglich, die rechte Hüfte trat rasch herab, und ging von links und vorne nach hinten hinüber, die linke Hüfte folgte dem fortdauernden Anzug nach rechts und vorne, die Arme folgten nach rückwärts gestreckt an dem Rumpfe anliegend, ebenfalls sehr leicht, dann schoss mit Gewalt der Mutterkuchen vor, dem endlich der Kopf folgte. Ich kann nur sagen, dass nach jenem Maneuvre mit dem zweiten Arme die volle Durchführung der Wendung eine der leichtesten war, die ich je beobachtet, wobei die Natur mit einer gewissen Hast kräftigst mitwirkte. Das Kind, ein sehr schweres, starkes Mädchen, gab kein Lebenszeichen zu erkennen.

Rechterseits waren Arm, Schulter, die ganze Seite bis zu den Hüften hin, stark verschwollen, blauroth gefärbt, das Bein bleich, unverändert. Linkerseits war der Arm ebenfalls bleich und natürlich beschaffen, die Schulter aber von der Anstemmung gegen die rechte Hüftkreuzfugengegend und die Seite des Vorbergs bis herab zum obern Drittheil des Oberarms ganz dick, blauroth sugillirt. Die Mutter hatte eine heftige Metroperitonitis durchzumachen, von der sie jedoch ganz vollständig hergestellt wurde.

Ich habe schon früher durch mehrere Beobachtungen veranlasst, in meinem Aufsatze über die Selbstentwicklung theils des versuchsweisen gelinden Anzuges des Armes in verschiedenen Richtungen bei Armlagen gedacht, nicht um das Kind so hervorzuziehen, sondern um womöglich eine der nicht zu verhütenden und nicht zu Stande kommenden Selbstentwicklung günstige Verschiebung der zurückliegenden Kindestheile zu veranlassen, und finde neuerdings die praktische Bestätigung meiner dort angegebenen Vermuthung, dass

so manchmal noch die Zerstückungsoperationen, wenn Wendung unmöglich ist, Selbstentwicklung nicht zu Stande kommen will, umgangen werden können (vgl. *Vogler* jun., Deutsche Klinik 1857. 13. Juni No. 4.) Ich habe ebendaselbst mich durch die Vergleichung mehrerer Beobachtungen bewogen gefunden, diese Hervorleitung des zweiten Armes neben dem vorgefallenen wieder in Anregung zu bringen, und finde mich jetzt, wo ich von der günstigen Wirkung in geeigneten Fällen selbst thatsächlich Erfahrung machte, doppelt bewogen, dies in Anknüpfung an mein oben genanntes praktisches Curiosum auf's Neue zu thun, indem ich auf die betreffende Stelle in meinem gedachten Aufsatze und der Geschichte des Vorschlages wegen auf *Kilian's* Operationslehre verweise. Ich finde mich dazu um so entschiedener bewogen, da ich, während der doppelte Handgriff z. B. durch alle Lehrbücher hindurchgeht, mit bald mehr, bald weniger entschiedener Empfehlung, während die auf Trennung der Continuität gerichteten Operationen vielleicht mehr, als wünschenswerth, von einzelnen Seiten vertheidigt werden, in den anderen Lehrbüchern des Faches, welche in Deutschland erschienen, dieses Erleichterungsmittel der Wendung ungebührlich vernachlässigt finde.

Denn während bloss *Kilian* (Operationsl. für Geburtsh. 2. Ausg. I. 378 und namentlich 383) und *Naegele-Grenser* (Lehrb. d. Gburtsh. 4. Ausg. 1854. p. 559 § 651 u. Anm. 2) ein Wort der Empfehlung für einzelne schwierige Fälle haben, während *Braun* (Lehrb. der Geburtshülfe 1857. S. 794 hα) seiner wenigstens, wenn auch verwarnend, gedenkt, ist er bei *Scanzoni, Rosshirt, Krause, Hohl, Credé* und *v. Siebold* gar nicht berücksichtigt.

Die Indicationen aber möchten sich nach meinen bisherigen Erfahrungen und im Sinne der *Braun*'schen Verwarnung durch den *Dubois*'schen Fall dahin fassen lassen, dass 1) nicht wie *Godefroy* will, bei jedem Wendungsfalle mit Vorliegen des Armes der zweite aufgesucht und herabgestreckt werde, sondern dies nur dann geschehe, wenn er sich bei schweren Wendungsfällen von selbst als mögliches Hinderniss durch Raumbeengung, Anstemmung oder mögliche Kreuzung mit andern Theilen darbiete, sei es nun bei Auf-

suchung der Füsse oder bei Durchführung der Drehung des Kindeskörpers.

2) Dass dies demnach nur dann geschehe, wenn dieser Arm neben dem eingekeilten Rumpfe eine Raumbeschränkung bietet oder der Kindeskörper sonst sich ganz unbeweglich ausweist, und die Einkeilung und Feststellung im obern Beckenraume stattfindet, bei entsprechend günstigen Raumverhältnissen unter dem Kindeskörper, oder aber die Gegenstemmung als Hinderniss deutlich erkannt und die Armlösung möglich ist. Dass nur seltene Fälle Gelegenheit bieten, ist schon aus der lauen Aufnahme des Vorschlags ersichtlich, wie ich denn auch selbst unter einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen zum Theil sehr schwerer Wendungen nur diese 2 Beobachtungen aufweisen kann, die freilich aber auch nachweisen, dass, wo die Sache ausführbar ist, sie den doppelten Handgriff und die Zerstücklung entbehrlich macht. Indem ich zugleich noch einmal auf meine früheren Andeutungen verweise, (Monatsschr. f. Geburtsk. u. Fr. I. 5. 365 ff.) würde ich weitere Mittheilungen über entsprechende Fälle als Beiträge, zu endgültiger Entscheidung sehr empfehlen.

Da ich nun doch einmal von der spontanen Amputation theilweise ausgegangen bin, so mag zum Schlusse noch ein Präparat, welches die Anstalt durch eine Schülerin derselben erhielt, Erwähnung finden. Indem ich über die betreffende Literatur neben den Arbeiten *Montgomery's, Simpson's* und *Martin's* und den Sammlungen und Kritiken der Fälle und Ansichten von *Nettekoven* (Organ I. 3. 380) *Getty* (aus Lond. med. Gaz. 1851. Aug. in *Schmidt's* Jahrb. LXXI. 2. 194) und *Gustav Braun* (Wien. Zeitschr. X. 3.) nichts zuzusetzen habe, gedenke ich dieses Präparates blos, weil es im engsten Anschlusse an die Beobachtungen von *Friedinger* (Wien. Wochenschr. 1855. 31. 33.) und *Frickhöfer* (*Virchow's* Arch. X. 1 u. 2. 110) aus der neuesten Zeit zu den seltenern Fällen gehört, in welchen die anatomischen Fäden ihrer Wirkung und Befestigung nach deutlich nachweisbar sind.

Das Präparat ist eine weibliche Frucht mit grossem Hirnbruche bei Fehlen der Scheitelbeine, des hintern Umfanges der Stirnbeine und des grössten Theiles der Hinterhauptspitze,

zugleich mit gespaltenem Gaumen und Hasenscharte. Die rechte Hand bietet an Zeige- und Mittelfinger Abschnürungen durch saitenartige feine Fäden, die in 3 Abtheilungen um die Finger herumgehen. Ein Faden geht unmittelbar aus einer feinen papillenförmigen Erhebung der Haut zwischen Zeige- und Mittelfinger um das Nagelglied des Mittelfingers für sich herum und ist von äusserster Feinheit. Eine zweite papillenförmige Erhabenheit in einiger Entfernung von der ersten trägt einen stärkern Faden, der nach zwei Richtungen theils um die erste Phalanx des Zeigefingers herumgeht, theils um die erste Phalanx des Mittelfingers. Die erste Einschnürung, des isolirten feinen Fadens, hat die dritte Phalanx des Mittelfingers bis auf ein dünnes Stielchen abgeschnürt, und in eine einfache, runde haselnussgrosse Blase mit heller, durchscheinender Flüssigkeit umgewandelt, an der keine Spur von Nagel vorfindbar ist. Der Doppelfaden hat eine tiefe Einschnürungsnarbe an den betreffenden Stellen hinterlassen, wodurch der Zeigefinger ebenfalls etwas verkümmert, aber doch sonst regelmässig ausgebildet erscheint.

Der als Gast anwesende Herr Dr. *v. Dessauer* aus München theilte alsdann einige Data aus einem von Hrn. Prof. *Middeldorpf* in Breslau an ihn gerichteten Briefe mit, betreffend die Anwendung der Galvanokaustik in der Gynäkologie.

Herr *M.* bediente sich seiner in Breslau bei Hrn. *Pischel* verfertigten Batterie aus 4 sehr grossen *Grove*'sche Elementen. Für gynäkologische Endzwecke sind ausserdem an Instrumenten nöthig: 1) Eine Schneideschlinge mit etwa $^3/_4$ Mill. starkem Draht, der nicht schnell schneiden darf, wenn er hämostatisch wirken soll. Die Länge wechselt je nach der Grösse der Tumoren, die man zu umgehen hat, und je nachdem man lange oder kurze Röhren braucht; zu dieser Schlinge sind nöthig ein paar krumme und ein paar gerade Röhren. 2) Ein Galvanokauter zum Abschneiden von Excrescenzen u. s. w. Es wirkt dies Instrument mehr wie ein Messer, muss daher langsam und so geführt werden, dass man über das zu Schneidende hinstreift, es also gewissermassen zeitweise entfernt; es darf auch nicht zu heiss gebraucht werden, weil es sonst wie das schärfste Messer und nur wenigkauterisirend wirkt.

Die Wunden heilen hiernach, wie überhaupt nach galvanischen Operationen vortrefflich, der Schmerz danach ist gleich Null. 3) Porzellanbrenner, einen mit dickem und einen mit schlankem Kopf, um im Cervicalkanal zu kauterisiren, der dicke zur Aetzung des Mutterhalses bei Anteversio oder Reclinatio uteri, Geschwüre u. s. w. 4) Kann man auch den Kuppelbrenner gebrauchen, jedoch ist er dem Porzellanbrenner, wie *M.* glaube, nachzusetzen, da er seiner geringeren Masse wegen nicht so anhaltend wirkt; aber auch er beleuchtet die Scheide sehr schön.

Nach den Erfahrungen des Herrn *M.* ist die Galvanokaustik zu empfehlen: bei Geschwüren der Portio vag. der Scheide u. s. w., bei Verhärtungen, Narbenbildung, entzündlicher Anschwellung der ersteren, bei Prolapsus uteri, Prol. vaginae, Hämorrhagien, Abtragung von Carcinomen (mit dem Galvanokauter oder der Schlinge, je nachdem sie gestielt sind oder nicht), Fissuren der Urethra, Blasenscheiden-, Mastdarmscheiden- und anderen Fisteln, Stricturen der Harnröhre (mit dem Stricturenbrenner), Karunkeln der Harnröhre, Polypen derselben und der Harnblase, Prolapsus der Mucosa urethralis, Telangiektasien, Phlebectasien (äusserliche Kauterisation), der Vagina und der Schamlippen, bei Amputatio clitoridis, Amputatio der Vaginalportion, Uteruspolypen, Scheidenpolypen, Carcinoma mammae. Der Erfolg bei Uteruspolypen ist namentlich ausgezeichnet, und sind die Fälle, die Herr *M.* operirt hat, in der Dissertation von *Ressel* niedergelegt. Von interessanten Fällen aus der Neuzeit theilt dann Herr *M.* folgende mit: Bei einer einige 30 Jahre alten, durch Blutungen enorm erschöpften Frau, trug er eine faustgrosse, aus der Uterushöhle hängende, als Epithelialcarcinom unter dem Mikroskope erkannte Geschwulst ab. Sie hatte bei ihrer enormen Grösse die Uteruswandung, wie nach der Operation erst erkannt wurde, ein wenig und zwar im nichtschwangeren Zustande invertirt, da die Kranke vor 12 Jahren zum letzten Male entbunden und bis vor 7 Monaten, wo die enormen Blutungen eintraten, gesund geblieben war. Nach der Operation zeigte es sich, dass die Schlinge durch Uterusparenchym gegangen war, und ein wenig die Peritonäalhöhle eröffnet hatte. Eine rabenfederkieldicke Arterie unter dem Bauchfell hatte keinen Tropfen Blut gegeben. Die ganz fest und solide anzufühlende

Parthie des Uterus, welche ganz von dem Tumor überwachsen war, schnitt sich sehr schwer, Blutung, Vorfall von Gedärmen u. s. w. war nicht eingetreten, überhaupt konnte sich Herr *M.* in Bezug auf den Fall nicht den mindesten Vorwurf machen, da die bei dem Umfange der Geschwulst sehr schwierige Untersuchung wiederholt mit der grössten Sorgfallt angestellt worden war; über den Ausgang konnte er noch nicht berichten, sondern giebt nur an, dass sich Spuren von Peritonitis zeigten.

Ein anderer Fall betraf eine 32jährige Schneidersfrau aus Warschau, die ein enormes Blumenkohlgewächs des Mutterhalses hatte, und welche am 17. März 1856, durch Blutungen zum Tode erschöpft, in Breslau ankam. Bei der mit Widerstreben unternommenen Operation entwickelten sich in Bezug auf die Schlingenumlegung grosse Schwierigkeiten, das Blut floss unter den auf die schonendste Weise ausgeführten Manipulationen in Strömen, so dass die Abschneidung unter Injectionen von kaltem Wasser, natürlich nicht mehr im Gesunden erfolgte. Aus der etwa handtellergrossen Schnittfläche fand nach der am 1. April 1856 ausgeführten Operation keine Blutung mehr statt, die Patientin war fieberlos, erholte sich täglich mehr, und reiste am 30. April im Glauben an ihre vollständige Heilung ab. In ihrer Heimath blieb sie auch, lange Zeit relativ wohl, ging aber später an einem Recidiv zu Grunde.

Bei einem an Vorfall der Urethralschleimhaut leidenden 12jährigen Mädchen aus Buck bei Posen schob Herr *M.* am 17. Juli 1855 einen elastischen Katheter ein, legte um Alles die Schlinge, und trug so die Schleimhaut mit dem Katheter ohne einen Tropfen ab; die Entlassung der Patientin erfolgte am 1. August.

Vor einiger Zeit hat auch Herr *M.* mit dem Galvanokauter ein Carcinoma mammae exstirpirt. Der Fall betraf eine einige 40 Jahre alte Stadtgerichtsräthin. In der rechten Mammagränze am Rande des M. pectoralis in die Achselhöhle hinein sass ein schon festwachsender, etwa kindsfaustgrosser Krebsknoten, und bestimmten die vielen Gefässe in der Nähe, die Nothwendigkeit, die Muskelscheiden zu verletzen, wornach dann so leicht Senkungen unter den Pectoralis und in die Achsel-

höhle erfolgen, die Galvanokaustik zu versuchen. Die Operation geschah am 8. Nov. 1857. Die Ausschälung war sehr schwierig, und die Handhabung des Instrumentes nicht leicht; indessen gelang Alles gut. Nach der Exstirpation, bei welcher spritzende Gefässe betupft wurden, fühlte man im laxen Bindegewebe einen kleinen Knotenrest von der Form einer halbdurchschnittenen Haselnuss; bei dem Gebrauche der Scheere spritzten ein paar Arterien, zogen sich aber ganz zurück. Obgleich man $^3/_4$ Stunden wartete, ob Nachblutung einträte, und als dies nicht geschah, tamponirte und dann einen festen Bindenverband anlegte, erfolgte dennoch eine solche aus der einzigen Stelle, einem etwa daumennagelgrossen Flecke, wo die Scheere gebraucht worden war, die indessen durch Unterbindung bald gestillt werden konnte. Die Heilung ging vortrefflich von Statten: Schmerz fast fehlend, Entzündung nicht über 2‴ vom Wundrande hinaus, die schönsten Granulationen, keine Spur von Eitersenkung; es entwickelte sich nur eine leichte streifige Röthung und ödematöse Schwellung längs der betreffenden Erscheinungen, die aber bald auf Anwendung von Watte und grauer Salbe wieder verschwanden.

Auf diese Mittheilungen folgte der angekündigte Vortrag des Herrn *Ravoth* über congenitale Hernien; diesem schickte derselbe jedoch noch einige Bemerkungen über einen kürzlich von ihm beobachteten Fall congenitaler Luxation der Patella nach oben voraus.

Da ich einen pathologischen Zustand, der aus dem Fötalleben resultirt, zum Gegenstand unserer heutigen Unterhaltung zu machen gedenke, so kann ich mir vorweg die Mittheilung einer Beobachtung nicht versagen, welche gleichfalls eine congenitale Erkrankung höchst eigenthümlicher und interessanter Art zum Inhalt hat. Sie betrifft nämlich die congenitale Dislocation der Patellen nach oben in Folge abnormer Verlängerung der Ligg. patellae propria und reiht sich der ersten Mittheilung an, die ich in No. 4 der „Deutschen Klinik“ vom vorigen Jahre über diese Dislocationsform gemacht habe. Ich muss noch bemerken, dass inzwischen *Eulenburg* im Verlauf des vorigen Sommers einen gleichen Fall sowohl in der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin als auch in der *Hufeland*'schen Gesellschaft vorgestellt und denselben in

No. 48 und 49 der „Deutschen Klinik“ vom vorigen Jahre beschrieben hat. Bei dieser Gelegenheit thut Herr *Eulenburg* dieses zweiten von mir gleich näher zu beschreibenden Falls Erwähnung und ich muss hinzufügen in einer Form, zu der ich ihn nicht autorisirt hatte. — Diese Form von congenitaler Verrenkung und deren Folgezustände ist bisher nach meinem Dafürhalten recht oft übersehen und hat sicher zu verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Irrthümern Veranlassung gegeben. Ich kann nämlich nicht glauben, dass dieselbe so selten sein sollte, da in einem Jahre der heut mitzutheilende Fall der 3. ist, der im Orte zur Beobachtung kömmt und zwar von *Eulenburg* und mir, die wir beide doch sicher nicht das ganze Gebiet derartiger Beobachtungen beherrschen. Der mitzutheilende Fall nun ist folgender.

Thekla S., 12 Jahre alt, war bis jetzt stets gesund. Selbst von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten blieb sie verschont. Hereditäre Momente (Verkrümmungen, Rhachitis, Krasen) sind nicht nachweisbar. Die Eltern sind gesund und von kräftiger Constitution. Dasselbe giebt die Mutter von ihren noch übrigen 6 Kindern (von denen Pat. das 5. ist) an. Ebenso berichtet dieselbe, dass ihre Schwangerschaft mit dem in Rede stehenden Kinde keinerlei Störungen erfahren. Das Kind sei leicht und mit dem Kopf voran geboren. Am Ende des zweiten Jahres habe das Kind gehen gelernt, wobei indess das Unsichere des Ganges sofort ihre Aufmerksamkeit erregt habe. Sie sei von den Aerzten damit getröstet worden, dass sich im Verlauf der Entwickelung der Gang bessern werde. Man habe die Störung auf allgemeine Körperschwäche geschoben und dem entsprechend gute Diät und Bäder empfohlen. — Die Untersuchung ergiebt nun folgendes: Das Mädchen ist ihrem Alter gemäss gut und kräftig entwickelt. Es finden sich keinerlei Andeutungen von Scropheln, Rhachitis etc. Bei vollständiger Entkleidung fällt sofort ihre Stellung auf. Sie steht mit geknickten Knien und in etwas lordotischer Haltung, kann sich aber dazu aufgefordert vollständig gerade richten, wenngleich sie diese Stellung nicht lange einzuhalten vermag. Beim Geraderichten sieht man beide Patellen in auffallender Weise auf den vorderen Flächen der Femurknochen aufsteigen, so dass sie mit ihren Spitzen oberhalb der Condylengruben

zu stehen kommen und somit vollständig von ihren normalen Plätzen nach oben dislocirt sind. Sinkt Pat. in ihre geknickte Stellung zurück, so treten auch die Patellen wieder ein wenig tiefer, wenngleich sie ihren richtigen Platz kaum auf ein Dritttheil dabei einnehmen. Dasselbe beobachtet man beim Ausschreiten. Dies Auf- und Absteigen der Patellen erinnert lebhaft an das Auf- und Absteigen des Femurkopfes bei congenitalen Verrenkungen desselben auf das Darmbein, wodurch bei solchen Kranken der charakteristisch watschelnde Gang bedingt wird. — Der Gang der Pat. ist schwankend; sie schreitet gewöhnlich mit etwas flectirten Unterschenkeln aus und setzt die Füsse platt auf den Boden. Das Ausschreiten ist beschränkt und gleichzeitig tritt ein leichtes Genu vulgum beiderseits, sowie ein Pes vulgus an beiden Füssen (am rechten etwas stärker) deutlich hervor. Das Niederknien und Erheben aus der knieenden Stellung sowie das Treppensteigen verrichtet sie, wenn auch erschwert, so doch leichter als man erwarten sollte. — In der Circumferenz der Beine und Kniegelenke findet sich keine Differenz. Die Patellen sind von normaler Grösse und Form. Dagegen haben die ziemlich kräftigen Ligg. patell. die Länge von 5 Ctmtr., bei horizontaler ruhiger Lage der Beine gemessen, erreichen aber 6 Ctmtr. beim Erheben und Ausschreiten. Die Strecker sind etwas schwächer als normal entwickelt, die Achillessehnen beiderseits gespannt, so dass die Erhebung der Fussspitze (Extension) etwas beschränkt ist. Auch die Adductoren, die in Verbindung mit den Glutäen kräftig entwickelt sind und die Locomotion unterstützen, sind in abnormer Spannung.

Dieser Fall wurde mir Ausgangs des vorigen Sommers von einem auswärtigen Collegen behufs Feststellung der Diagnose zugesandt. Derselbe glaubte an eine „Parese, die vom Rückenmarke ausgegangen sein müsse;“ von anderen Aerzten war dagegen ein „Hüftleiden“ angenommen und behandelt. Unter diesen Diagnosen mag denn überhaupt dieser Zustand bisher versteckt liegen; oder es haben die secundären Contracturen der Adductoren und Wadenmuskel die Aufmerksamkeit der Chirurgen von dem eigentlichen und primären Leiden des Kniegelenks abgezogen, wie es in meiner ersten Beobachtung, sowie auch in der *Eulenburg's* der Fall war. —

Der Vortragende wendet sich hierauf zu den chirurgisch wichtigsten und schwierigsten congenitalen Hernien, nämlich denen des Leistenkanals. *R.* referirt zunächst kurz die anatomischen Verhältnisse, auf deren genaue Kenntniss das Verständniss dieser Bruchform beruht, in folgender Weise.

Der Hode liegt bekanntlich bis zum 7.—8. Monate des Fötallebens in der Bauchhöhle unterhalb der Niere und zwar in einer Falte des Bauchfells so, dass an seiner hinteren Fläche nur ein schmaler Streifen für den Ein- und Austritt der Hodengefässe und des Vas deferens frei bleibt. Vorher schon hat eine Ausstülpung der sogenannten Inguinalblasen stattgefunden, von denen die nach aussen und abwärts gehende die Fascia superficialis und den M. obliq. extern. enthaltende zur Bildung des Scrotum verwendet wird, während die nach aufwärts reichende, welche die Fascia transvers., den M. transvers. und obliq. intern. enthält, als Gubernaculum Hunteri mit dem Hoden in Verbindung tritt. Beim Herabsteigen des Hodens stülpt derselbe das Gubernaculum Hunteri zur Fascia infundibuliformis ein, welche später die Tunica vaginal. comm. mit dem Cremaster bildet, während er gleichzeitig die Bauchhaut als Proc. vaginalis nach zieht. Auch bei weiblichen Individuen findet sich zuweilen eine dem Proc. vagin. ähnliche beutelförmige Verlängerung der Bauchhaut längs des runden Mutterbandes, welche einen Kanal (*Nuck's* Kanal) enthält, der zur Zeit der Geburt häufig noch offen ist. *R.* hat einmal bei einem $1\frac{1}{2}$jährigen Mädchen eine sogenannte Hydrocele cystica des *Nuck*'schen Kanals und einmal eine doppelseitige Hernie desselben, welche gleich nach der Geburt entstand, beobachtet.

Der Proc. vagin. nun ist zumeist nach der Geburt noch offen. Dies hat schon *Camper* für die überwiegende Mehrzahl aller Knaben nachgewiesen. Seine volle Obliteration fällt gewiss in sehr unbestimmte Zeitabschnitte der ersten Lebensjahre, worüber bis jetzt wohl noch keine Untersuchungen gemacht sind. Wichtig aber ist die Thatsache, dass er sich während des ganzen Lebens offen erhalten und somit zur Entstehung einer Hernia congenita Veranlassung geben kann, wie derartige Fälle von *Hesselbach*, *Velpeau* u. A. bei 20—25jährigen Individuen beobachtet sind.

Wenn nun die Obliteration des Proc. vagin. zu einem

einfachen Bindegewebs-Strange (Habenula Halleri) nicht zu Stande kommt; so sind folgende gleichsam Hemmungs-Rückbildungen an ihm beobachtet, welchen dann die verschiedenen Formen von congenitalen Hernien ihre Entstehung verdanken:

1. Der Proc. vagin. ist oder bleibt in seiner ganzen Ausdehnung offen und das Eingeweide tritt gleichzeitig mit dem Hoden und in dem offenen Processus herab (in diesen Fällen ist der Bruch gewöhnlich mit dem Hoden verwachsen); oder — und dies ist entschieden häufiger — das Herabtreten der Verlagerung in den offenen Scheidenfortsatz oder *Nuck*'schen Kanal findet erst nach der Geburt statt und zwar hauptsächlich durch die nach der Geburt besonders durch Schreien, Husten in Action tretende Bauchpresse hinabgetrieben. In diesem Fall befindet sich der Bruch in unmittelbarer Berührung mit dem Hoden und ist von *Malgaigne* deshalb Hern. congenitalis testicularis genannt worden.

2. Der Scheidenfortsatz obliterirt oberhalb des Hodens, so dass ein später entstehender Bruch nicht mit demselben in Berührung treten kann (die Hern. congenit. funicularis *Malgaigne's)*.

3. Der Scheidenfortsatz ist oberhalb des Hodens und an seiner Bauchapertur obliterirt, in der Mitte aber offen, ein herandrängender Bruch stülpt den oberen Theil in den untern, so dass dadurch zwei Bruchsäcke entstehen. *Cooper* hat diese Form von invaginirter Hernie beobachtet und *Hey* will das Coecum, welches an seiner hinteren Fläche keinen Bauchfellüberzug haben soll, in den offenen Scheidenkanal gefunden haben so, dass es einen neuen Recessus der Bauchhaut, analog dem Scheidenfortsatz mit sich gezogen hatte — Hernia infantilis von *Hey* genannt.

4. Während der Hode in der Bauchhöhle oder dem Leistenkanal liegen bleibt, wird der Proc. vaginalis von einem Bruche als Bruchsack ins Scrotum gedrängt. Man findet also statt des Hodens diese Form von congenitaler Hernie im Scrotum.

5. Endlich kann der Scheidenfortsatz in seiner Rückbildung durch Exsudatabscheidung behindert werden. Dies giebt dann die sogenannte Hydrocele congenita, welche nach *Sedillot* besser Hydrocele peritoneo-vaginalis genannt wird. Derselbe kann bei vollkommen offenem Scheidenfortsatz in

Verbindung mit einer Hernie vorkommen, ähnlich wie bei nicht congenitalen Hernien der vorliegende Bruchsack hydropisch werden kann (die Hydrocele des Bruchsacks); oder der Scheidenfortsatz ist oberhalb des Hodens obliterirt und in einiger Entfernung von dieser Stelle ist ebenfalls eine Adhärenz entstanden, so dass nun aus dem zwischenliegenden Theil sich in Folge der Exsudatabscheidung eine Cyste entwickelt, welche die sich in den oberen offenen Theil des Scheidenfortsatzes hineinsenkende Hernie vom Hoden trennt. Einen Fall dieser Art hat *Froriep* beschrieben.

Nach der Darstellung dieser verschiedenen Bruchformen wendet sich der Vortragende zur Diagnose. Er bemerkt, dass die einfache Hernie wohl nie diagnostische Schwierigkeiten biete, wohl aber ihre Combination mit Hydrocele, sowie endlich die Hydrocele für sich bestehend recht oft mit Bruch verwechselt werde. Von dem Grundsatz ausgehend, dass, je schwieriger die Diagnose einer Krankheit, um so präciser die Untersuchung sein müsse, empfiehlt er die von ihm durchweg bevorzugte historische oder genetische Untersuchungsmethode. Er beginne deshalb auch bei den Scrotalgeschwülsten stets mit der Anamnese und verfolge so die Entwickelung der Affection bis zum Status praesens; dann eruire er die Symptome mittels Inspection und lasse zum Schluss die manuelle Untersuchung folgen. Dabei enthalte er sich stets jeder vorgefassten Meinung, der man so häufig in der Praxis in der Weise begegne, dass nach den ersten Angaben und Zeichen irgend eine Affection supponirt werde, zu deren Bestätigung dann die Untersuchung auf die Erforschung der diese Affection gewöhnlich charakterisirenden Symptome ausgehe. Finden sich darauf diese Symptome nicht, so supponire man eine andere Affection, um mit dieser wieder in derselben Weise zu verfahren. —

Mit Rücksicht hierauf gab der Vortragende folgende Vergleichsdiagnose zwischen der einfachen Hydrocele congenita und Hernia congenita.

1. Bei der Hernie findet sich recht oft hereditäre Anlage, mangelhafte Entwickelung, und es ist anhaltendes Schreien, Husten als Ursache nachzuweisen; bei der Hydrocele hat zumeist ein Stoss, Druck stattgefunden, weshalb sich auch grössten Theils eine schmerzhafte Vergrösserung des Hodens nachweisen

lässt, besonders bei grösseren Knaben scheint diese mehr oder weniger acute Orchido-meningitis vorzugsweis die Bedingung der Hydrocele abzugeben.

2. Die Entwickelung der Hernie angehend, so entsteht dieselbe keineswegs immer plötzlich, im Gegentheil, sie bedarf oft längerer Zeit, bis sie zur Hernia scrotalis geworden. Es bildet sich also die Geschwulst von der Bauchhöhle her, während sie bei der Hydrocele vom Grunde des Scrotum ausgeht.

3. Bei der Hernie beobachtet man stets jene kolikartigen Schmerzen, welche bei Erwachsenen so charakteristisch die Entstehung der Hernien begleiten und später bei jedem Vortreten des Bruches sofort einzutreten pflegen. Diese Schmerzen fehlen bei der Hydrocele, die Mütter oder Wärterinnen geben an, dass trotz der sich am Tage stets vergrössernden Geschwulst, das Kind doch nie Leibschmerzen äussere.

4. Bei der Hernie kann man die Fortsetzung der Geschwulst in die Bauchhöhle deutlich wahrnehmen; bei der Hydrocele ist dieselbe mehr oder weniger scharf am Bauchringe abgegrenzt.

(Die Inspection und Palpation muss, wie bei jeder Untersuchung des Bauches, immer zuerst im Stehen, dann in der Rückenlage des Patienten ausgeführt werden.)

Uebrigens bietet die Form der Geschwulst oft keine Unterschiede; denn die Angabe, dass die Hydrocele ihre Haupt-Circumferenz im Hodensack habe und sich nach aufwärts mehr zuspitze, findet sich keineswegs immer bestätigt.

5. Wenn man im Allgemeinen jede Geschwulst mittels Palpation zunächst erst anatomisch zu umgrenzen hat, bevor man ihre Qualität zu bestimmen sucht; so hat man hier bei den Scrotalgeschwülsten zuerst ihr Verhalten zur Bauchhöhle, dann zum Hoden und dessen Adnexen zu bestimmen. Bei der von einer Hernie gebildeten Geschwulst kommt es nun vor Allem darauf an, ihren Zusammenhang mit der Bauchhöhle zu constatiren. Dies kann man auf doppelte Weise. Zunächst den Bauchring und in seiner Nähe den Samenstrang untersuchend findet man diesen von der Geschwulst gefüllt und daher ausgeweitet und ebenso neben dem Samenstrang die Geschwulst. Gleichzeitig controlirt man das Verhalten des Bauchrings und des Samenstranges durch Vergleichung mit

der nicht afficirten Seite. Bei der Hydrocele dagegen finden sich beide frei. Noch sicherer kann man die Fortsetzung einer Geschwulst des Scrotum oder an der Grenze des Unterbauches in die Bauchhöhle in folgender Weise constatiren: Man giebt dem Kranken zur möglichst vollkommnen Erschlaffung der Bauchdecken die Rückenlage mit zum Becken flectirten Schenkeln und nach vorne geneigtem Oberkörper. Jetzt drängt man mit der einen Hand zuerst die Bauchdecken gleichsam über den Gedärmen wulstförmig nach abwärts und dann im zweiten Moment die Gedärme nach oben, wobei die Bauchdecken an der Unterbauchgegend erschlafft bleiben und gleichzeitig die Gedärme in der Weise fortgedrängt werden, dass man mit der frei gebliebenen Hand alle Formen von Geschwülsten in dieser Gegend mit der grössten Bestimmtheit palpirend umgrenzen kann. Diese Palpationsweise ist von besonderem Werthe, wenn es sich um die Unterscheidung einer acut entzündeten Drüse von einer eingeklemmten Hernie, einer Cyste oder Geschwulst im Leistenkanal, sowie der verschiedenen Hydrocelen-Formen von den Hernien handelt.

6. Die Qualität der Geschwulst angehend, so ist beim Bruch die eigenthümliche Elasticität des Darms mit hellem Percussionsschall, sowie das Netz in seiner besondern Beschaffenheit von der gleichmässig gespannten sich unter entgegengesetztem Fingerdruck fluctuirend verschiebenden Geschwulst der Hydrocele durchaus verschieden. Dagegen ist die Durchsichtigkeit der Hydrocele schwierig zu constatiren und ausserdem häufig nicht vorhanden, weshalb auch schon *Pott* das Unzuverlässige dieses vielfach noch gerühmten Zeichens hervorgehoben hat.

7. Eine besondere Schwierigkeit erwächst der Diagnose daraus, dass man beide Geschwulstformen in die Bauchhöhle reponiren kann. Indess die Reposition der Hernie geschieht mehr oder weniger auf einmal, gewöhnlich mit einem sich in die Bauchhöhle fortsetzendem Gurren; dagegen bringt man die Reposition der Hydrocele nur nach und nach unter allmäliger Verkleinerung der Geschwulst zu Stande. Zu bemerken ist noch, dass auch die Hydrocele ein eigenthümlich gurrendes Geräusch geben kann, wenn nämlich das Bindegewebe, welches die Theile des Samenstranges zusammenhält, gleichzeitig hydropisch, also in Form der Hydrocele des Samenstranges

infiltrirt ist; allein dies Gurren nähert sich mehr dem Knistern und bleibt an der Stelle unter den drückenden Fingern beschränkt. Eher noch könnte diese Affection des Samenstrangs mit einem Netzstrang verwechselt werden. Indess das Netz lässt sich vom Samenstrang isoliren, so dass man beide deutlich von einander unterscheiden kann. Der Vortragende hat diese Combination der Hydrocelen einmal bei einem 3jährigen Knaben und einmal bei einem 40jährigen Manne gesehen, dessen vorliegender Bruchsack in Folge zu starken Drucks der Bruchband-Pelotte hydropisch geworden und wo gleichzeitig eine Hydrocele des Samenstrangs bestand. Beide Fälle, die zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung gegeben hatten, liessen sich auf die genannte Weise erkennen.

8. Nach der Reposition der Hernie fühlt der die Bruchpforte verschliessende Finger das Andrängen der Vorlagerung und hebt man den Verschluss auf, so entsteht die Geschwulst von der Bauchhöhle her wieder; bei der Hydrocele fühlt man kein Andrängen des Eingeweides, aber die Geschwulst entsteht trotz des Verschlusses wieder und zwar mehr von unten her anwachsend. Dieser letzte Umstand ist von besonderer Wichtigkeit bei der Combination von Bruch und Hydrocele, sowie bei dem analogen Zustand der Hydrocele eines vorliegenden Bruchsackes. In beiden Fällen entsteht die Hydrocelen-Geschwulst wieder, während der reponirte Bruch von dem Finger oder einer Bruchband-Pelotte zurückgehalten wird. Besonders gilt dies von der Hydropsie eines vorliegenden Bruchsackes. Diese entsteht oft erst, nachdem der Kranke bereits längere Zeit ein Bruchband getragen hat. Gewöhnlich glaubt derselbe dann, dass seine Bruchband-Pelotte ihre Schliesskraft verloren und deshalb den Bruch nicht mehr zurückzuhalten im Stande sei. Der Umstand aber, dass trotz des Druckes der Pelotte auf die neben derselben vorliegende, sich bei Bewegungen und im Verlauf des Tages vergrössernde Geschwulst doch weder Bruchkolik noch irgend welche Einklemmungserscheinungen einstellen, giebt der Diagnose den sichersten Anhaltspunkt, die übrigens geübten Händen Schwierigkeiten bereiten kann, zumal wenn Verdickungen im Bruchsacke gleichzeitig bestehen.

In diesen diagnostischen Auseinandersetzungen finden sich

zugleich die Anhaltspunkte für das Erkennen von Cysten-Hydrocelen, sei es, dass sie für sich oder in Verbindung mit Hernien vorkommen. Zu Irrthümern können dieselben nur Veranlassung geben, wenn sie sich innerhalb des Leistenkanals befinden. Sie müssen dann vor Allem auf die sub 5 angegebene Weise in ihrer Umgrenzung und Abgeschlossenheit von der Bauchhöhle constatirt werden.

In Bezug auf die Behandlung ist der Vortragende der Ansicht, dass auch bei diesen Brüchen so früh als möglich ein passendes Band angelegt werden müsse. Er ist der Meinung, dass diejenigen Aerzte im Unrecht seien, welche bei jungen Kindern das Bruchband widerrathen, weil dasselbe drücke und belästige, weil es vom Urin etc. verunreinigt, angegriffen, zerstört werde, weil es zu Excoriationen etc. Veranlassung gebe und endlich weil es durch die vielfachen Manipulationen, welche kleine Kinder nothwendig machen, leicht verrückt und somit überflüssig werde. Diese Einwände lassen sich theils durch eine passende Wahl des Bandes (im Nothfall muss man zwei Bänder halten), theils durch eine sorgfältige Pflege und Behandlung widerlegen. Hauptsächlich aber stehen folgende Hauptgründe dieser Praxis entgegen: 1. Dass die Brüche ganz junger Kinder sich nicht minder einklemmen und die Operation nothwendig machen können, als die der Erwachsenen. *Ferguson* hat ein 7tägiges Kind, *Grosheim* eins von 6 Wochen operirt. 2. Je früher und dauernder der Bruch zurückgehalten wird, um so eher ist seine radicale Heilung durch Obliteration des Scheidenfortsatzes zu erwarten; je häufiger dagegen ein solcher Bruch vortritt — und Kinder geben dazu durch das unvermeidliche Schreien weit mehr Veranlassung, als Erwachsene — um so mehr erweitert sich der Leistenkanal, um so schwerer kommt später die Rückbildung zu Stande. Ausserdem leidet die Vorlagerung selbst durch die mit der häufigen Dislocation verbundene Reizung in der Weise, dass die Darmwände sich verdicken, das Netz hypertrophisch wird etc., wodurch verschiedene Digestions-Störungen herbeigeführt werden. Ja selbst der Hode kann durch den wiederholten Druck, die Reizung in seiner Entwickelung gehemmt werden. 3. Kinder mit nicht zurückgehaltenen Hernien leiden an denselben Unterleibsbe-

schwerden, wie Erwachsene. Ihr häufiges Wimmern und Schreien lässt dies deutlich erkennen und sie bleiben sogar gewöhnlich in der Ernährung zurück. —

Sitzung vom 26. Januar 1858.

Tagesordnung: Revision der Statuten,
Wahl der Beamten,
Wahl neuer Mitglieder.

Auf die Anfrage des Präsidenten, ob eine Aenderung der Statuten gewünscht würde, wurde von allen Seiten verneinend geantwortet.

Bei der darauf vorgenommenen Wahl der Beamten wurden wieder gewählt:

Als Präsident Herr *C. Mayer*,
als Vicepräsident Herr *Wegscheider*,
als Kassirer Herr *Hesse*.

Für den bisherigen Secretär der Gesellschaft, Herrn Dr. *Hecker*, der einem Rufe als Professor nach Marburg folgt, wurde Herr *Kauffmann* als Secretär und als Vicesecretär Herr *B. Schultze* gewählt.

Bibliothekar blieb Herr *Kauffmann*.

Zu neuen Mitgliedern wurden gewählt:

zu ordentlichen:

Herr Ober-Stabs- und Regiments-Arzt Dr. *Wegner*,
Herr Stabs- und Bataillons-Arzt, Dr. *Wendt*,
Herr Dr. *Bergius*, prakt. Arzt hierselbst,
Herr Dr. *Brandt*, prakt. Arzt hierselbst.

Zum ausserordentlichen Mitgliede:

Herr Dr. *Grohe*, Assistent des Herrn Prof. *Virchow*.

Zu auswärtigen Mitgliedern:

Herr Prof. Dr. *Faye* in Christiania,
Herr Privatdocent Dr. *Spiegelberg* in Göttingen.

Die Kasse wurde revidirt und richtig befunden.

Schliesslich wurde eine Commission aus den Herren *Hesse*, *Hecker* und *Kauffmann* ernannt um die Feier des Stiftungsfestes würdig vorzubereiten.

Sitzung vom 16. Februar 1858.

Herr *Ravoth* beendigte seinen in der letzten Sitzung begonnenen Vortrag, indem er auf die Nabel- und Hirnbrüche überging.

Die Diagnose der Nabelbrüche sei leicht und nichts Neues darüber zu bemerken. Die Behandlung müsse auf die Zurückhaltung des Bruches gerichtet sein, da auch bei diesen Brüchen durch den Druck des Inhalts die Pforte allmälig sich erweitern würde. Er wende deshalb gewöhnlich eine kleine Pelotte aus einer halben Muscatnuss oder dgl. an, die er mit einem Heftpflaster befestige; bei grösseren Brüchen müsse dieser Verband noch durch längere Pflasterstreifen unterstützt werden. In neuerer Zeit habe er auch die Bepinselung mit Collodium versucht und unter anderen eine Heilung in 4 Wochen bewirkt. *Seutin's* Kleisterverband sei unzweckmässig.

Die Hirnbrüche kommen meist in der Mittelnaht des Schädels vor, und zwar am oftesten am Hinterhauptsbein oberhalb des Foramen magnum. Wie sie überhaupt nur an Nähten vorkommen, so sei auch dies eine im fötalen Leben offene Stelle. Seltener finden sich Hirnbrüche an der Stirn- und Pfeilnaht, an der Nasenwurzel und noch seltener seitlich am Kopfe an den Schläfenbeinen. Von der Grösse einer Nuss bis zu der einer Faust, bilden sie durch Ausstülpung eine runde Bruchpforte mit etwas aufgeworfenen Knochenrändern, und enthalten unter den allgemeinen Schädelbedeckungen die Hüllen des Gehirns und das Gehirn selbst. Im Innern der Substanz findet sich meist eine mit Flüssigkeit erfüllte Höhle, die mit den hydropischen Hirn-Ventrikeln communicirt.

Ueber die Art der Entstehung seien mehrere Hypothesen aufgestellt: *a)* Hypertrophie des Gehirns durch Hydropsie der Ventrikel hervorgebracht; *b)* Hydrops des Arachnoidealsacks; *c)* verzögerte Knochenentwicklung und *d)* Verletzungen im fötalen Zustande. Verletzungen während der Geburt seien nicht dazu zu rechnen, da sich hier die Knochen eher über- als auseinander schieben.

Die Diagnose sei nicht allzu schwierig, da man an der Stelle des Sitzes, an dem periodischen An- und Abschwellen, an der Pulsation, und an den Zeichen des Hirndruckes, die bei Compression derselben eintreten, sichere Unterscheidungs-

merkmale von Tumoren oder Cephalaematoma habe. Die Prognose sei sehr ungünstig, da die meisten Fälle in den ersten Wochen tödtlich enden. Freilich sind einzelne Individuen von 30 und mehr Jahren beschrieben, die trotz eines Gehirnbruches lebten. Spontan finden sich meist keine Störungen der Gehirnthätigkeit.

Was die Behandlung betrifft, so könne man vorsichtig die Reposition versuchen, doch müsse man bei den geringsten Zeichen von Hirndruck davon abstehen. Bei dem sogenannten Hydrocephalus meningeus herniosus, d. h. Vorfall der Häute ohne Gehirnsubstanz sei die Punktion zu machen. Sonst wäre nichts zu thun als durch feste Decken den Bruch selbst gegen Verletzung zu schützen, doch könnten diese immerhin einen mässigen stätigen Druck unterhalten, da eine gleichmässige Compression in einzelnen Fällen die allmälige Reposition bewirkt habe.

Bei der darauf folgenden Discussion sprach Herr *Wegscheider* die Ueberzeugung aus, dass ein angeborener Nabelbruch sich selbst überlassen, unter allen Umständen mit der Zeit verheile. Er könne sich nicht erinnern, je einen Erwachsenen gesehen zu haben, bei dem ein angeborener Nabelbruch noch sichtbar gewesen, auch wenn nichts oder nur Ungenügendes dagegen geschehen sei. Indess bedecke auch er den Bruch mit einem Pflaster, und zwar dem milderen Empl. Cerussae und lege Streifen davon um den Leib.

Die Bepinselung mit Collodium wurde von mehreren Seiten gelobt.

Herr *Brandt* erwähnt, er bediene sich seit längerer Zeit eines zollbreiten Ringes von vulkanisirtem Gummi, den er über den Leib streife und ohne Pelotte über die Bruchpforte leite. Der Ring liege fest, könne so gross gewählt werden, dass er das Kind nicht zu stark drücke, und sei der bequemste und reinlichste Verband.

Die Gesellschaft erkannte einstimmig das Zweckmässige dieses Verfahrens an.

Herr *Virchow* ist der Meinung, dass, ebenso wie die Nabelbrüche, so auch die angeborenen Inguinalbrüche in der Regel von selbst verheilen. Abgesehen von der Unzweckmässigkeit der Bruchbänder bei Kindern, die viele Praktiker von

ihrer Anwendung zurückschreckte, müsse er auch vor ihrer Anwendung warnen, da der bei Brüchen gewöhnlich sehr bewegliche Hoden und jedenfalls der Samenstrang durch den Druck leicht beleidigt und in seiner Entwickelung beeinträchtigt werden könne. Obwohl nun jede andere Behandlung als Rückenlage, Binden und dergl. sehr problematisch sei, und wohl nie streng durchgeführt werde, fänden sich doch nach Verlauf der ersten Jahre nur sehr selten angeborene, sondern meist erst später erworbene Leistenbrüche.

Diesem stimmt Herr *Paasch* aus seiner Erfahrung bei, glaubt aber, dass in diesen Fällen durch Offenbleiben des Processus vaginalis eine Disposition für spätere Recidive gegeben sei, wogegen Herr *Virchow* bemerkt, dass der Processus vaginalis wohl immer obliterire, sobald er nicht durch einen Bruch offengehalten werde; indess sei dies kein Einwand gegen die Meinung, dass ein solcher Bruch dennoch Recidive begünstige, da die Bruchpforte ja durch die Obliteration keine Aenderung erfahre. Man finde auch bei Vernarbungen anderer Bruchsäcke, z. B. nach Radicaloperationen oder durch Compression oft neue Brüche an derselben Stelle, die ein neues Stück des Bauchfelles mitgenommen, an dem man seitlich die frühere Narbe, mitunter auch mehrere mit Deutlichkeit erkennen könne.

In Bezug auf die Hirnbrüche, fährt Herr *Virchow* fort, sei die Unterscheidung von Tumoren wohl als zu leicht dargestellt. Ein älterer Hirnbruch zeige oft nur sehr undeutliche Pulsationen, und wiederum kämen diese auch anderen Geschwülsten zu; jedenfalls beweise der Umstand, dass Hirnbrüche unter der Diagnose von Geschwülsten öfter der Gegenstand einer unglücklichen Operation geworden, dass die Unterscheidung nicht so ganz leicht sei.

Herr *B. Schultze* verlas darauf einen von Hrn. Dr. *Volkmann* in Halle mitgetheilten Fall von plötzlichem Tode nach der Operation der Hasenscharte, den wir hier in Kürze mittheilen:

Albert F., ein Jahr alt, ein ungewöhnlich starkes und kräftiges Kind mit doppelter Spaltung der Kiefer und des harten Gaumens wurde von Herrn *Volkmann* in zwei Terminen operirt. Am ersten Tage wurde die Coaptation der Knochen

begonnen, die mit der Nachbehandlung in Zeit von 4 Wochen so günstige Resultate lieferte, dass nun zur Vereinigung der Lippenrudimente übergegangen wurde. Wir übergehen die einzelnen Acte der Operation als von zu speciell chirurgischem Interesse. Bei der Anlegung der letzten Vereinigungsnadel wurde das Kind plötzlich blau und hörte auf zu respiriren. Da die Untersuchung weder Schleim noch Blut im Pharynx nachweisen konnte, das Kind sofort den Mund wieder krampfhaft schloss und jeden Augenblick zu verscheiden drohte, so wurden alle Nähte gelöst und augenblicklich holte das Kind tief Athem und war wie umgewandelt. Die Wunde wurde mit kalten Compressen bedeckt und da der Zustand nach $4^1/_2$ Stunden ganz befriedigend war, so wurde die Vereinigung zum zweiten Male mit grosser Vorsicht wiederholt. Diesmal übte die Operation durchaus keinen nachtheiligen Einfluss auf das Kind aus; es lag mit weit offnem Munde da und athmete vollständig frei. Herr *Volkmann* verliess es daher, wurde aber nach Verlauf von $2^3/_4$ Stunden eilig gerufen, da das Kind dem Ersticken nahe sei. Noch im Hause anwesend, war er sofort zur Stelle, fand den früher beschriebenen Zustand, und eilte nach seiner Stube, um die zur Entfernung der Nadeln nöthigen Instrumente zu holen. Als er 2 Minuten später wieder eintrat war der Athem erloschen, die Nähte wurden sofort gelöst, indess das Kind war todt und alle Belebungsversuche blieben fruchtlos.

Herr *Volkmann* führt nun die Ansicht von *W. Busch* (chirurgische Beobachtungen 1854) an, dass dergleichen Kinder, gewohnt bei geschlossenem Munde durch die breite Nasenspalte zu respiriren aus Gewohnheit auch nach der Operation den Mund geschlossen hielten und dadurch die suffocatorischen Anfälle hervorriefen. Er deutet an, ob nicht vielleicht die Operation an sich reflexerregend auf die Athmungsorgane wirke, da z. B. in diesem Falle der Verschluss der Nase nicht vollständig und die Luft daher nicht gänzlich abgeschnitten gewesen sei, doch giebt er zu, dass die Oeffnung doch zu klein war, um bei geschlossenem Munde für die Dauer zu genügen.

In der Gesellschaft wurde die Ansicht von *Busch* aufrecht erhalten. Herr *Gurlt* hatte mehrere ähnliche Fälle

beobachtet und Herr *Biefel* machte auf das Verfahren von *Langenbeck* aufmerksam, der eine erfahrene Wärterin bei dem Kinde liesse, mit der Anweisung, sofort mit einem Spatel den Mund zu öffnen und die Zunge herabzudrücken, sobald sich Respirationsbeschwerden einstellten.

Herr *B. Schultze* erzählte darauf folgenden Fall von einer „Zwillingsschwangerschaft mit 5 vorliegenden Extremitäten" (siehe die Abbildung).

Bekanntlich stellen Zwillinge am häufigsten sich beide mit den Köpfen zur Geburt, seltener der eine mit dem Kopf, der andere mit dem Steiss und noch seltener beide mit dem unteren Körperende. Primäre Querlagen der einen oder beiden Früchte sind ganz selten. Der Aufzeichnung werth ist ein Fall, den ich kürzlich beobachtete, wo beide Früchte gleichzeitig in erster Fusslage und dazu noch die rechte Hand des einen Kindes vorlagen.

Frau *K.* wurde am 1. Octbr. v. J. in der 35. Woche ihrer 6. Schwangerschaft von Wehen befallen. Die Eröffnungsperiode ging normal vor sich. Fruchtwasser war bereits abgeflossen, als ich am 2. früh Morgens wegen angeblicher Querlage hinzugerufen wurde. Ich fand bei der äusseren Untersuchung den Leib queroval ausgedehnt, mit dem breiteren Ende links, woselbst zwei harte runde Körper, deutlich wie zwei Köpfe anzufühlen, dicht über einander prominirten. Näher der Mittellinie war ein beweglicher Ellenbogen, sonst nirgend Extremitäten durch die magere schlaffe Bauchwand zu fühlen. Herztöne waren einfach oberhalb des Nabels zu hören.

Die innere Untersuchung ergab einen vollständig eröffneten Muttermund, durch welchen die sehr dünne, ausser der Wehe schlaffe Blase hervortrat. In derselben lagen in erster Stellung zwei Füsse und sehr beweglich eine rechte Hand. Der Steiss ruhte rechts auf dem vorderen Rand des Beckeneingangs. Vor dem Steiss vorbei erstreckte sich, ausserhalb der Blase, ein rechter Fuss in den Muttermund hinab, und von hinten her, mit der Fusssohle nach vorn gewendet, der zugehörige linke. Das Kind in der Blase, dessen Hand gleichzeitig vorlag, war deutlich als das tiefer gelegene zu erkennen. Dass das Ei des höher gelegenen früher geborsten war, erklärt sich nur so, dass die Contractionen des Gebärmuttergrundes dasselbe

in eine stärkere Spannung versetzt, das untere Segment desselben mit den darin gelegenen Füssen in den Muttermund getrieben und daselbst gesprengt hatten. Während nun die Füsse hier liegen blieben trat durch die folgenden Wehen die ursprünglich dem Muttermund näher gelegene Blase des unteren Kindes in den Muttermund ein. Wenn man die Ergebnisse der äusseren und der inneren Untersuchung zu einem Bilde combinirt, so ergiebt sich, wie in der beigegebenen Zeichnung dargestellt ist, dass das eine Kind auf dem andern eine reitende Stellung, die Leiber parallel übereinander liegend, einnahm.

Die Wehe trieb jedesmal die Blase mit den Füssen und der Hand des tiefer liegenden Kindes kräftig herab, so dass zu erwarten stand, dass mit demnächst erfolgendem Blasensprunge dieses zuerst geboren werden würde. Nach einstündigem Abwarten hatten jedoch die im Fundus kräftigeren Contractionen das obere, reitende Kind über die geschlossene Blase des anderen hinweg so weit herabgeschoben, dass sein rechter Fuss in den äusseren Geschlechtstheilen lag. Wenn der bei jeder Wehe drohende Blasensprung jetzt erfolgt wäre, so hätte die jedenfalls zuerst erfolgende Geburt des unteren Kindes an dem in der Scheide liegenden Bein des anderen ein vielleicht verderbliches Hinderniss gefunden. Ich zog daher ausser der Wehe langsam den vorgefallenen Fuss soweit an, dass mit Beiseitschiebung der geschlossenen Blase der Steiss des reitenden Kindes den Beckeneingang der Mutter ausfüllte, worauf dasselbe durch die nachfolgenden Wehen ohne wesentliche Beihülfe geboren wurde. Nun trat bald die zweite Blase, beide Beine und den rechten Arm enthaltend, bis in die äusseren Geschlechtstheile. Ich sprengte sie daselbst und die Geburt erfolgte wie die erste in erster Fusslage und ohne Schwierigkeit. Beide Kinder lebten, das erste, männlich, mass 16, das zweite, weiblich, $15\frac{1}{2}$ Zoll, beide zusammen wogen etwa 7 Pfd. Die bald folgende Nachgeburt bot nichts Bemerkenswerthes dar. Es waren 2 vollständige Eier mit ganz gesonderten Placenten. Die Nabelschnüre waren, wie ich es häufig bei Zwillingsgeburten sah, die eine nach links, die andere nach rechts gedreht.

Herr *Virchow* legte hierauf der Gesellschaft mehrere Abortuspräparate vor.

Das erste ist ein etwas rudimentärer Fötus, vielleicht vom

Anfang des 3. Monats mit seiner beginnenden Placenta, deren Zotten bei mikroskopischer Untersuchung die fettige Degeneration zeigen.

Das zweite eine sehr hypertrophisch entwickelte, sammtartig aufgelockerte Decidua, die ein etwa $1\frac{1}{2}$ Monat altes Ei einschliesst; dies besteht aus dem Chorion, dessen Zotten hin und wieder kleine schon mit blossem Auge erkennbare blasige Anhänge zeigen, und das auf der Innenfläche mit dem Amnion ausgekleidet ist, an dem aber nur ein Rudiment vom Nabelstrang, indess kein Fötus nachzuweisen ist.

Das dritte ist ein Fötus von 4—5 Monaten mit Placenta und Eihäuten. Die Placenta ist nur an dem Umkreise hinreichend entwickelt, bildet einen ringförmigen Wulst, der eine sehr verdünnte durchscheinende Stelle einschliesst, in die sich der Nabelstrang inserirt. Die ganze Placenta ist auf der mütterlichen Oberfläche von derbem, fast fibrösem Gewebe von gelblicher Färbung, welches beim Durchschneiden das darunter liegende entwickeltere Placentargewebe sehen lässt.

Ausserdem beschreibt Hr. *Virchow* noch ein viertes leider verdorbenes Präparat, einen Fötus im Eie darstellend, der sich offenbar selbst strangulirt hatte, indem er den doppelt um seinen Hals geschlungenen Nabelstrang mit seinem einen Beine ergriffen und so die Abschnürung zu Wege gebracht hatte.

An die Demonstration dieser Präparate knüpfte Herr *Virchow* folgende Betrachtungen.

Wenn in dem vierten Falle die Ursache des Absterbens offenbar in dem Fötus selbst liege, so müsse man in den ersten drei Fällen die Bedingung der gehemmten Entwickelung in der Placenta suchen. Unter diesen deute der dritte Fall auf den mütterlichen Theil der Placenta als Hauptursache.

Bei der normalen Entwickelung des schwangeren Uterus vergrössern sich die einzelnen Elemente der Schleimhaut, indem die spindelförmigen Zellen derselben allmälig die kugelige Gestalt annehmen. Je näher dem späteren Sitze der Placenta, wo die Blutzufuhr am ergiebigsten ist, desto weicher, aufgelockerter wird die Schleimhaut, und bildet durch den Abdruck gegen die Chorionzotten ein maschiges Gewebe, das oberflächlich betrachtet wie eine Epitheliumwucherung aussieht, in der That aber die Schleimhaut selbst ist, da es Intercellularsubstanz

und Gefässe enthält. In diesem Falle nun sei eine Schrumpfung dieses Theils eingetreten und biete ein Bild, das früher als fettige Degeneration oder als Folge eines apoplektischen Ergusses angesehen sei. Er sei indess der Ansicht, dass es eher als Produkt einer Entzündung zu betrachten sei, der sogenannten Placentitis oder besser gesagt Endometritis placentaris, und wie beispielsweise bei chronischer Gastritis das Ergebniss eine Verdickung und Schrumpfung der Magenschleimhaut sei, so sei auch hier der feste Ueberzug der Placenta die Folge einer Entzündung und Schrumpfung des mütterlichen Theils derselben. Dass dieser Process durch Einschnürung die Entwickelung der Chorionzotten in gleicher Weise behindere, liege auf der Hand, und so wäre namentlich in diesem Falle die Mitte der Placenta fast vollständig ertödtet und geschwunden.

Bei den beiden anderen Fällen liegt die Veränderung hauptsächlich in den Eiern. Das eine zeigt unter dem Mikroskope fettige Degeneration, das andere kolbige Anschwellung der Zotten, die anfänglich im Epithelium beginnend, mit der Zeit auf die Bindegewebssubstanz übergeht und schliesslich zur hydatidösen Entartung führt.

Um sich diesen Process klar zu machen, brauche man sich nur die Entwickelung der Zotten zu vergegenwärtigen. Aehnlich den spitzen Condylomen entwickelt sich erst das Epithel, treibt knospenartige Vorsprünge, in denen erst später das Bindegewebe nachwächst. Diese Knospen treiben wieder seitliche Auswüchse, verästeln sich baumartig und bereiten den Boden für die nachrückende Entwickelung des Bindegewebes. Der Anreiz dazu liege nicht im Ei, denn sie selbst sind anfänglich gefässlos, sondern in der Zufuhr von Ernährungsflüssigkeit von Seiten der Mutter. Da diese nun an verschiedenen Stellen sehr verschieden ist, so ist auch die Entwickelung der Zotten sehr ungleich und wird überall, wo Gefässe in der Nähe liegen, um so kräftiger sein und dadurch die Cotyledonenbildung bedingen. So weit sei der Vorgang normal. Sobald aber diese Entwickelung zu excessiv werde, die Zotten sich entwickeln ohne Gefässe zu treiben, also ohne dem Kinde ihren Ueberschuss mitzutheilen, trete das Missverhältniss im Ei ein und könne schliesslich zu einer hydatiden Entwickelung

führen, die zwar nicht direct auf Kosten des Fötus geschehe indess indirect, indem sie alle ihm bestimmte Nahrung zum eigenen Wachsthum verwendet, seinen Untergang herbeiführt.

Sitzung vom 23. Februar 1858.

Anschliessend an das Protokoll der vorigen Sitzung gab Herr *Hecker* die Krankengeschichte der Dame, von der das von Herrn *Virchow* besprochene und mit No. 3 bezeichnete Abortuspräparat herrührte. Wir geben sie in folgendem Auszuge wieder:

Mad. *N.*, als Mädchen gesund, zeigte bis zu ihrer Verheirathung durchaus keine Andeutungen von erblichen oder erworbenen Krankheitsanlagen. Mit Ausnahme einer zarten venösen Haut bot sie im Ganzen das Bild einer kräftigen gesunden Frau dar. Im November 1854 verheirathet, concipirte sie im Januar darauf, verlebte die ersten Monate ihrer Schwangerschaft in ungestörter Gesundheit, abortirte indess im 6. Monate in Folge eines heftigen Schrecks, der durch einen nächtlichen Einbruch veranlasst wurde. Der Fötus, der ungefähr am 8. Tage ausgestossen wurde, zeigte deutliche Anzeichen, dass er vielleicht schon vor 14 Tagen abgestorben sei, auch erinnerte sich die Dame, seit dieser Zeit keine Bewegungen gefühlt zu haben. Das Wochenbett verlief normal, hinterliess weiter keine Störungen, so dass sie im Jahre 1856 zum zweiten Male concipirte. Im 5. Monate ziemlich zu derselben Zeit wie das erste Mal, wurde sie, am Fenster stehend, durch eine Begebenheit auf der Strasse dergestalt in Schrecken gesetzt, dass sie, von Schwindel ergriffen, von ihrer Umgebung nur mit Mühe bis zum Sopha geleitet werden konnte. Sie erwachte mit einer eigenthümlichen Unbesinnlichkeit, die sich durch stockende Sprache, Fehlen der Worte u. s. w. charakterisirt, ein Bild ähnlich den Symptomen der Gehirnerweichung. Der entschieden congestive Charakter des Anfalls veranlasste Herrn *Hecker* durch kalte Uebergiessungen und kräftige Ableitungen auf den Darmkanal dagegen einzuschreiten, doch wenn es auch gelang den acuten Charakter der Hirnaffection zu beseitigen, so blieb doch die eigenthümliche Störung der

Sprache, die auch den bald darauf erfolgenden Abortus noch längere Zeit überdauerte, und erst nach mehreren Monaten allmälig wich.

Diese beiden Fehlgeburten, abgesehen von dem schwächenden Einflusse auf den Gesundheitszustand der Mad. *N.*, forderten zu einer durchgreifenden Kur auf. Freilich fehlte jeder Anhaltspunkt für einen directen Nachweis des Absterbens des Kindes, indess hoffte Herr *Hecker* durch allgemeine Kräftigung des Körpers am Besten ein Austragen zu ermöglichen, und so wurde Patientin einer Kaltwasserheilanstalt überwiesen, in der sie sich in Zeit von 5 Wochen so auffallend erholte, dass sie kaum wieder zu erkennen war. Sie sah blühend aus, war stärker geworden und fühlte sich so gesund wie je in den Tagen vor ihrer Verheirathung. Der eheliche Umgang wurde indess noch untersagt; allein nach 4 Monaten trat abermals Schwangerschaft ein und verlief unter so allgemeinem Wohlbefinden, dass man die besten Hoffnungen auf eine glückliche Beendigung hegte. Ohne die geringste nachweisbare Veranlassung hörten die Kindesbewegungen gegen Anfang des 6. Monats auf und 8 Tage später wurde der abgestorbene oben beschriebene Fötus unter schmerzhaften Wehen bei unbedeutendem Blutverluste ausgestossen.

Herr *Hecker* forderte die Gesellschaft auf, ihr Gutachten über diesen Fall abzugeben. Auffallend sei ihm einerseits diese dreimalige Wiederholung zu derselben Zeit, ohne dass auch nur eine Andeutung irgend einer Dyskrasie vorhanden wäre, und andererseits der scheinbare Zusammenhang mit dem Gehirne, der namentlich beim zweiten Male so auffallend gewesen, dass bei vollständig begränzter Hirnaffection in Folge jenes Eindruckes auf den Gesichtssinn der Abortus hervorgerufen sei.

Im Allgemeinen machte sich die Meinung geltend, dass im Hinblick auf die kürzlich gegebene Definition des geborenen Fötus, wo nach Herrn *Virchow's* Auseinandersetzung der mütterliche Theil der Placenta als entzündet und verschrumpft anzusehen sei, auch die Ursache des Absterbens als eine lokal im Uterus begründete aufgefasst werden müsse. Herrn *Hecker's* Einwand, dass die Frau in dem nicht schwangeren Zustande nie über Erscheinungen eines Gebärmutterleidens geklagt, nie

Schmerzen im Becken, keine Menstruationsstörungen oder Leucorrhoe gehabt, schliesse nicht aus, dass die Schwangerschaft selbst den Grund zur Erkrankung der Gebärmutter möglicherweise abgegeben habe und jedenfalls wäre bei einer abermaligen Schwangerschaft durch zeitig angestellte Explorationen der Zustand des Uterus sorgfältig zu überwachen, um bei sich steigernder Schmerzhaftigkeit durch locale Blutentziehungen, laue Bäder etc. sofort eingreifen zu können. Die Schmerzhaftigkeit der Wehen bei der letzten Entbindung unterstütze den Verdacht, dass die Gebärmutter entzündlich afficirt gewesen. *)

Schliesslich wurde das Verfahren *Simpson's*, von dem uns sein in der letzten Sitzung anwesender Neffe Mittheilung gemacht, der Beachtung empfehlen, nämlich der innerliche Gebrauch des Kali chloricum, da *Simpson* in mehreren Fällen das habituelle Absterben dadurch verhütet haben will. Könne man einerseits auch die mögliche Wirkung desselben noch nicht erklären, und sei andererseits durch Untersuchungen nachgewiesen, dass es unverändert in den Harn übergehe, so berechtige dies doch nicht, ihm jede Wirkung abzusprechen und es bliebe nichts übrig, als vorläufig empirisch seine Wirksamkeit zu erproben.

Herr *Hecker* erzählte hierauf einen Fall von Placenta praevia, der einen neuen Beleg zu der anerkannten Gefährlichkeit dieser gefürchteten Regelwidrigkeit abgiebt.

Eine Frau, die 10 Mal leicht und glücklich entbunden war, verlor gegen das Ende ihrer 11. Schwangerschaft seit

*) Herr *Mayer* sen., der in dieser Sitzung nicht zugegen war, bemerkte nachträglich zum Protokoll, dass er eine derartige Untersuchung nicht bis zur nächsten Schwangerschaft aufzuschieben rathe. Durch vielfältige Erfahrungen belehrt, sei er überzeugt, dass auch bei jeglichem Mangel subjectiver Symptome durch die Untersuchung Regelwidrigkeiten des Geschlechtsapparates nachzuweisen seien; er habe in ähnlichen Fällen immer leichte Blennorrhoen, Erosionen, Congestionen oder Flexionen vorgefunden. Beseitige man diese an der nicht schwangeren Gebärmutter, so ebene man den Boden für die Schwangerschaft und hätte jedenfalls leichteren Erfolg als später, wo der Reiz der Schwangerschaft den therapeutischen Eingriffen einen erheblichen Widerstand entgegenstelle.

6 Wochen in verschiedenen Absätzen eine bedeutende Menge Blutes. Die Untersuchung hatte das Vorliegen der Placenta ergeben, und es war deshalb Herrn *Hecker's* Hülfe nachgesucht worden, indess erst, als bereits der Muttermund bis zur Grösse eines Zweithalerstücks erweitert war. Herr *H.* fand die Kreissende sehr anämisch, mit sehr beschleunigtem Pulse; die Wehen und die Blutungen hatten seit längerer Zeit ganz aufgehört, und da bei der sofort angestellten Untersuchung der Muttermund sich hinreichend erweitert und nachgiebig zeigte, der vorliegende Kopf indess noch zu hoch stand, um mit der Zange gefasst werden zu können, so ging Herr *Hecker* mit der linken Hand ein, sprengte die Blase und extrahirte leicht und ohne unangenehme Zufälle das todte Kind; die Nachgeburt folgte bald und war die Blutung während der Operation nur sehr unbedeutend.

Die ersten Tage des Wochenbetts verliefen günstig: die Frequenz des Pulses minderte sich, die Kräfte kehrten wieder; indess vom vierten Tage an verschlechterte sich der Zustand wieder: der Puls beschleunigte sich mehr und mehr, und ohne Symptome von Blutung, Entzündung oder sonst nachweisbaren Ursachen starb die Frau am 8. Tage nach der Entbindung lediglich aus Erschöpfung.

Herr *Wegscheider* machte darauf aufmerksam, dass erschöpfende Blutverluste die Disposition zu localen Entzündungen eher steigerten als behöben. Er entsinne sich, dass er gerade in solchen Fällen die Erscheinungen einer Peritonitis auftreten gesehen, und müsse es dahin gestellt sein lassen, ob nicht auch in diesem Falle die Section vielleicht Exsudate des Peritonäums nachgewiesen hätte, die sich schleichend herangebildet, ohne durch auffallende Symptome die Aufmerksamkeit auf den Unterleib zu lenken.

Schliesslich referirte Herr *Hecker* über:

Spiegelberg: Experimentelle Untersuchungen über die Nervencentren und die Bewegung des Uterus.

XXV.

Zwei Fälle aus der gynäkologischen Praxis.

Von

Dr. **B. Breslau**,
Privatdocent in München.

I. Exstirpation eines intrauterinen Polypen.

Bei der ohnehin schon sehr reichhaltigen Literatur über Exstirpation von Uterus-Polypen würde ich Bedenken tragen, einen neuen Fall zu erzählen, wenn derselbe nicht reich an Umständen wäre, die zu den ungewöhnlichen gehören und mich erwarten lassen: das Interesse mancher Fachgenossen hierdurch anzuregen.

M. K..l, 45 Jahre alt, von fahlgelbem Aussehen, mit mässigem Fettpolster, blassen Schleimhäuten, auf das Aeusserste entkräftet, suchte wegen eines heftigen Blutflusses am 5. Sept. vorigen Jahres meine ärztliche Hülfe. Die Anamnese ergab Folgendes: Mit 12 Jahren war die Kranke menstruirt und es waren seitdem bis vor 5 Jahren die Menses regelmässig, wenn gleich copiös wiedergekehrt; mit 24 Jahren gebar sie das erste Mal, mit 37 Jahren das letzte Mal und hat in dieser Zeit 12 ausgetragene Kinder zur Welt gebracht und 1 Mal abortirt. Nur 3 von den 12 Kindern leben noch, die übrigen sind meist früh an Lebensschwäche zu Grunde gegangen. Die Geburten sollen immer träge gewesen, doch ohne Kunsthülfe beendigt worden sein, nach der Geburt folgte meist ein starker Blutfluss. Seit 5 Jahren leidet sie an wiederholt und gewöhnlich zur Zeit der Menses sich einstellenden Blutflüssen, welche seit 2 Jahren mit heftigen Uterinalkoliken verbunden waren. In den letzten 5 Monaten war die Metrorrhagie fast ununterbrochen und in den kurzen freien Intervallen ging ein bräunliches, stark riechendes, mit Blutcoagulis untermischtes, die Innenfläche der Schenkel erodirendes Wasser aus der Vagina ab. Bei der manuellen Untersuchung fand ich die ganze Seite von Blutcoagulis ausgefüllt, den Uterus mässig hoch stehend,

grösser und schwerer als gewöhnlich, den äusseren Muttermund von der Grösse eines 6 Kreuzerstückes, die Lippen dehnbar, die beiläufig 1″ lange Cervicalhöhle für die Spitze des Fingers zugänglich und auf dem inneren Muttermunde aufsitzend einen harten kugligen Tumor, dessen Grösse, Insertion u. s. w. ich, obwohl ich den über der Symphyse fühlbaren Grund des Uterus stark mit der freien Hand nach abwärts drückte, nicht bestimmen konnte, weil eine freie Bewegung des Fingers in die Uterinhöhle unmöglich war.

Aller Wahrscheinlichkeit nach hatte ich es mit einem intrauterinen Polypen zu thun und ich hätte gerne, sowohl um die Diagnose festzustellen, als um den Operationsplan zu entwerfen, den Pressschwamm angewendet, wenn ich ihn zur Seite gehabt hätte, allein eine Verzögerung schien mir nicht erlaubt, da während der Untersuchung die Blutung so beträchtlich geworden war, dass ich froh sein musste, durch Einbringung eines Baumwollentampons für den Moment wenigstens deren Meister geworden zu sein. Ich verordnete, um ein Herabtreten des Tumors durch kräftige Contractionen des Uterus zu erzielen, 1 3 pulv. Secal. cornut. in 24 Stunden zu nehmen und liess eiskalte Umschläge auf die Regio hypogastrica machen.

Am 6. Sept. waren die wehenartigen Schmerzen vermehrt, die Blutung dauerte trotz des Tampons in geringem Grade fort.

Am 7. Sept. Morgens entfernte ich den von Blut durchtränkten Tampon und stellte eine neue Untersuchung an. Der Muttermund war um Etwas mehr erweitert, dehnbar, das untere halbkugelige Segment des Tumors leichter erreichbar. Um über die Dicke seines Stieles ins Reine zu kommen, wandte ich die von *Scanzoni* in dessen Beiträgen zur Geburtskunde u. s. w. Bd. II, S. 115 angegebene Methode an, nur mit dem Unterschiede, dass ich mich keiner Polypenzange, sondern des *Luër*'schen Extracteurs, eines nach dem Systeme der Kork- oder Schusszieher construirten Instrumentes bediente. Ich fand hierbei, dass sich der Tumor wohl etwas herabziehen aber gar nicht um seine Längsaxe bewegen liess und schloss hieraus, dass er mit einer breiten Basis mit dem Uterus in Zusammenhang stehe. Ich musste somit denken, dass der Tumor ein sehr dickgestielter Polyp oder ein weit in die Uterinhöhle hineinragendes interstitielles Fibroid war. Konnte

ich durch eine vollständige Erweiterung des Muttermundes zum Stiele gelangen, so war die Ligatur oder die Excision vorzunehmen, konnte ich es aber nicht, so nahm ich mir vor, den von der Uterusschleimhaut umzogenen Tumor durch einen Kreuzschnitt oder durch Cauterisation mit Lapis causticus bloszulegen, zu enucleiren oder die Ausstossung der Natur zu überlassen. Abermals tamponirte ich die Scheide, verordnete nochmals 1 3 Secal. corn. und eiskalte Umschläge auf den Unterleib.

Am 9. Sept. begab ich mich mit den HH. Dr. *Progel* und *Schmidbauer* mit allen möglichen Instrumenten armirt zur Kranken, welche über andauernde Blutung und heftige wehenartige Schmerzen klagte und war nicht wenig erstaunt, als ich das unterste Segment des Tumors von dem Umfang eines Guldenstücks durch den Cervicalkanal durchgetreten, von dem scharfrandigen kreisrunden Muttermund umgeben und mit der Spitze des Fingers leicht erreichbar fand. Zwischen Tumor und Cervix konnte ich wegen des genauen Anschliessens der Lippen nicht eingehen und durchschnitt nun vor Allem in der Hoffnung dem Stiele, wenn er auch hoch oben seinen Sitz haben mochte, beizukommen die ganze vordere leichter zugängliche Muttermundslippe von unten nach aufwärts, mich etwas gegen eine seitliche Commissur haltend, theils mit einem stumpfen geraden Bistouri, theils mit einer Scheere. Die Blutung, welche hierauf folgte, war beträchtlich genug, um mich an der unmittelbaren Fortsetzung der Operation zu hindern und musste erst durch mehr als 10 Minuten anhaltende Injectionen mit kaltem Wasser gestillt werden. Durch die bis zum Grunde der Scheide sich erstreckende Discision der vorderen Lippe war der Tumor so weit blosgelegt, dass ich dessen dicken Stiel mit dem Finger umgehen und bis zu seiner Insertion an der hinteren Wand des Uterus nahe am Grunde verfolgen konnte. Der Puls der durch den lang dauernden Blutverlust und die heftigen Schmerzen sehr entkräfteten Kranken war so klein und schnell, ihre Respiration so beängstigt, dass ich es zum ersten Male nicht wagte, Chloroform in Anwendung zu bringen. Ohne nun lange zu zaudern, setzte ich einige *Museux*'sche Zangen und scharfe Haken in den Tumor, mehr um ihn zu fixiren, als um ihn

gewaltsam herunterzuziehen, und durchschnitt den Stiel so hoch wie möglich mit der *Siebold*'schen *S* förmig gekrümmten Scheere, welche ich wegen der grossen Zähigkeit und Dicke des Gewebes von verschiedenen Seiten unter dem Schutze zweier Finger ansetzen musste. Die Operation dauerte trotz meiner eifrigsten Bemühung, sie möglichst schnell zu verrichten, doch an 10 Minuten, während welcher Zeit die Kranke noch mässig Blut verlor. Soviel ich nach Entfernung des Tumors von den Resten seines Stieles mit scharfen Haken noch fassen konnte, schnitt ich ab, etwas Weniges liess ich zurück. Mit dem letzten Schnitt war auch alle Blutung mit einem Male wie nach Unterbindung eines Gefässes vorüber und ich habe auch dieses Mal *Dupuytren's* und *Lisfranc's* Erfahrung bestätigt gefunden: „dass Blutungen und Nachblutungen bei Exstirpationen von Polypen mit der Scheere oder dem Messer nur äusserst selten vorkommen", was seinen Grund in dem stark contractilen, zum Theil mit organischen Muskelfasern durchsetzten Gewebe der fibrösen Uteruspolypen hat. Wegen dieser geringen Gefahr von Blutung hat man sich in Frankreich und Deutschland immer mehr von den langsam wirkenden Unterbindungsapparaten losgesagt und es dürfte aus gleichem Grunde die Anwendung des Écraseur in den allermeisten Fällen von Exstirpation fibröser Polypen eine chirurgische Spielerei zu nennen sein.

Nur der grösseren Vorsicht halber, da die Wohnung der Kranken von der meinigen weit entfernt war, legte ich einen Tampon von gewöhnlichem Feuerschwamm ein und brachte sie hierauf, grosse Ruhe anempfehlend, in horizontale Lage. Um die Kräfte zu heben, verordnete ich etwas Wein und wegen der grossen Neigung zu Ueblichkeiten und Ohnmachten Liq. anodyn. Hoffm. tropfenweise zu nehmen. Einer schnelleren Reconvalescenz von einem so bedenklichen Zustande wie der meiner Kranken war, kann ich mich kaum entsinnen. Nach 8 Tagen verliess sie das Bett und fing an ihren gewöhnlichen Beschäftigungen nachzugehen, nach 6 Wochen, bis zu welchem Augenblicke sie keinen Tropfen Blut mehr verloren hatte, traten die Menses ein. Mehrere Wochen hindurch hatte sie Einspritzungen mit kaltem Wasser, gemischt mit Aq. chlorat. gemacht, um die Abstossung der Reste des Stieles zu befördern

und den etwas fötiden Geruch zu beseitigen. Der Uterus gestaltete sich zu seiner normalen Grösse und Schwere zurück und da sich jetzt, 6 Monate nach der Operation, die Frau eines vollkommenen Wohlbefindens erfreut, die Menses regelmässig alle 4 Wochen und ohne Schmerzen wiedergekehrt sind, so darf ich eine radicale Heilung wohl annehmen. — Der Polyp, 6 Monate in Spiritus gelegen, misst an seinem grössten Umfange 6 Pariser Zoll, die grösste Breite seines Stieles beträgt 2″ 1‴, die geringste Breite 1″ 10‴. Die frisch angestellte mikroskopische Untersuchung wies nach, dass der Tumor grösstentheils aus dichtem unregelmässig gelagerten fibrösen Gewebe bestand, zwischen welchen einzelne deutlich unterscheidbare zum Theil mit Fett durchsetzte glatte Muskelfasern lagen; in den weicheren Theilen waren zahlreiche Blutgefässe und zwischen denselben mehrere kleine apoplectische Heerde. Die den Polypen umgebende Schleimhaut des Uterus ist sehr verdünnt und an den allermeisten Stellen so wenig mit dem fibrösen Gewebe verwachsen, dass sie nur mit Mühe und kaum ohne Zerreissung losgetrennt werden kann. Es wäre demnach eine Enucleation, an die ich bei der Dicke des Stieles und seiner hohen Insertion dachte, nicht möglich gewesen, weder die sogenannte primäre Methode, bei welcher man nach Eröffnung der den Polypen umgebenden Kapsel denselben mit den Fingern und Instrumenten herausschält, noch die sogenannte secundäre Methode, bei welcher man nach Eröffnung der Kapsel die Ausstossung der Contraction des Uterus und einem nekrotisirenden Processe überlässt. Nach dem was ich an fibrösen Polypen und den diesen ihrer Natur nach gleichkommenden submucösen oder interstitiellen Fibroiden gesehen habe, ist die Festigkeit ihres Zusammenhangs mit ihrer Kapsel eine sehr verschiedene. Je mehr sie eigentliches Uterusparenchym bei ihrem Wachsthum vor sich herschieben, desto lockerer ist im Allgemeinen die Verbindung und folglich desto leichter die Enucleation, je weniger sie Uterusparenchym vordrängen oder je dünner dasselbe durch den allmählig zunehmenden Druck und die Auseinanderzerrung wird, desto inniger wird die Verfilzung, desto unkenntlicher die Grenze zwischen Neugebilde und Uterus, desto unmöglicher die Enucleation. Für den Arzt am Krankenbett ist aber leider dieses Verhältniss

des Tumors zu seiner Umhüllung nicht zu erkennen und nicht verwerthbar, daher es immerhin Fälle geben wird, in denen Enucleations-Versuche, so gerechtfertigt sie auch durch die Umstände erscheinen mögen, an der für diese Operationsmethode ungeeigneten Beschaffenheit des pathologischen Productes scheitern werden.

II. Recto-Vaginalabscess, Mastdarm-Scheidenfistel, spontane Heilung.

Die Lehre von den Exsudaten, welche theils blutiger, theils eiteriger Natur zwischen Uterus, Scheide und Mastdarm bald in- bald extraperitonäal abgelagert werden und unter den Namen: Haematocele retro- und periuterina, Phlegmone periuterina, Recto-Vaginalabscess bekannt sind, hat in neuester Zeit so sehr an Umfang und Bedeutung gewonnen, dass ich nicht anstehe, mit der nachfolgenden Geschichte einen kleinen Beitrag hierzu zu liefern.

J. Fo...r, 43 Jahre alt, von sehr erethischem Temperament, hat vor 20 Jahren 1 Mal geboren, war früher regelmässig, in der letzten Zeit aber abwechselnd bald alle 14 Tage, bald alle 6—8 Wochen menstruirt. Seit mehreren Jahren ist sie mit Haemorrhoidal-Beschwerden behaftet, welche sich als hartnäckige Obstipation abwechselnd mit blutig-schleimiger Diarrhoe und Tenesmus offenbarten, von fliegender Hitze, leichten Fieberbewegungen, psychischer Depression, Kopfweh, Schwere im Unterleibe etc. begleitet waren. Um den After herum bestanden mehrere erbsengrosse blaurothe Haemorrhoidalknoten, welche bald verschwanden, bald stärker turgescirend hervortraten. In den ersten Tagen des heissen Monats Juli 1857 schwollen die Haemorrhoidalknoten stärker an, die Umgegend des Afters war heiss und empfindlich, die Kranke klagte über einen lästigen Druck nach abwärts, „wie wenn ihr die Gebärmutter vorfallen wollte", der Puls war aufgeregt, die Temperatur der Haut erhöht, von Zeit zu Zeit wurden gelbliche schleimige Fäces entleert. Ich verordnete kalte Sitzbäder, kalte Clysmata, kalte Umschläge auf die Analgegend. Gleichwohl nahm der Druck auf das Perinäum zu, die hintere Scheidenwand stülpte sich vor, war geschwollen und sehr schmerzhaft; der Uterus von normaler Grösse war in seiner

Lage nicht merklich verrückt, vielleicht etwas tiefer stehend. Brachte ich einen Finger in den Mastdarm, und einen anderen in die Scheide, so konnte ich mit Bestimmtheit fühlen, dass sich die hintere Scheidenwand von der vorderen Mastdarmwand um etwa $1\frac{1}{2}$—2″ entfernt hatte, dass zwischen beiden ein Exsudat lag, welches, wenn gleich es allem Anschein nach flüssiger Natur war, dennoch nicht fluctuirte, vermuthlich weil eine ödematöse Schwellung der Scheide und des Mastdarms ein feines Gefühl nicht gestattete. Da mir keine dringende Nothwendigkeit gebot, dem Exsudat künstlich einen Ausweg zu bahnen, so beschränkte ich mich darauf, feuchtwarme Cataplasmen und Suppositorien aus Butyrum Cacao mit Morphium zu verordnen. In der Nacht vom 15. auf den 16. Juli, ungefähr 6—8 Tage nach Beginn des acuten Leidens, entleerte sich durch die Scheide eine beträchtliche Menge fötiden mit Bindegewebsfetzen vermischten Eiters, worauf die andauernd bohrenden Schmerzen in der Kreuz- und Perinäalgegend etwas nachliessen. Als ich am 16. Juli früh die Kranke untersuchte, fand ich ungefähr $1\frac{1}{2}$″ über dem Scheideneingang ein Loch in der hintern Wand derselben, durch welches ich bequem die Spitze des kleinen Fingers einbringen konnte, wobei ich in einen weiten, zum Theil noch mit Eiter gefüllten Sack gelangte, in dem ich meinen Finger frei bewegen konnte. Die vordere Mastdarmwand war unversehrt, als obere Begrenzung glaubte ich die hintere Umschlagsstelle des Peritonäums zu fühlen. Schon am nächsten Tage gab die Kranke an, dass sowohl Flatus als auch dünne Fäces durch die Scheide abgegangen seien und um mich von der Wahrheit dessen zu überzeugen, injicirte ich zunächst eine gelblich gefärbte Flüssigkeit in das Rectum, welche auch alsbald zum Theil wieder durch die Scheide abfloss. Obwohl ich nun an diesem Tage nicht, weder mit Finger, noch mit Katheter, noch mit Sonde eine Communication zwischen Rectum und Scheide nachzuweisen vermochte, so durfte ich doch an der Existenz einer Mastdarmscheidenfistel keinen Augenblick zweifeln. Schon wenige Tage darauf gelang es mir, die Oeffnung im Rectum aufzufinden, welche weiter oben als die in der Scheide gelegen und für einen weiblichen Katheter durchgängig war. Meine Behandlung bestand in Injectionen von Chamillen-Thee in die Scheide, um

dieselbe zu reinigen, in Darreichung von Opiaten, um den Stuhl anzuhalten, und in der Application von Suppositorien aus Morphium und Belladonna, um die Schmerzen, die mehr den Charakter einer Neuralgie angenommen hatten, zu mässigen. Nachdem in den ersten Tagen eine beträchtliche Menge von Eiter und nekrotischem Bindegewebe mit Fäces gemischt, hauptsächlich durch die Scheide entleert worden, wurde die Scheide- und die äusseren Genitalien allmälig trockener, und in gleichem Masse verkleinerte sich die Scheidenfistel, so dass ich schon am 25. Juli nicht mehr die Spitze meines kleinen Fingers durchbringen konnte. Ich unterliess das öftere Sondiren, um den beginnenden Heilungsprocess nicht zu unterbrechen, fand aber, so oft ich untersuchte, eine immer zunehmende Zusammenziehung der Scheidenfistel und vermuthe, dass sie wohl in gleicher Weise im Rectum vor sich gegangen sein mag. In der ersten Hälfte des August's cauterisirte ich mit einem spitzen Lapis infernal., den ich bis in das Rectum vorzuschieben suchte, alle 3—4 Tage die Fistelöffnungen, worauf jedesmal eine momentane Verkleinerung, dann eine Vergrösserung und schliesslich eine Zusammenziehung wahrzunehmen war. Am 20. August war die Scheidenfistel vollständig geschlossen, weder Fäces noch Flatus gingen mehr durch die Scheide ab, die Fistel hatte sich in eine sternförmige eingezogene Narbe umgewandelt, Scheide und Mastdarm waren wieder an einander gerückt und die Fistel im Mastdarm hatte sich ohne Zweifel auch geschlossen. Ausser zeitweisen Schmerzen in der Gegend der Narbe und den schon oben erwähnten Hämorrhoidalbeschwerden, befindet sich die Frau *J. Fo...r* zur Zeit ganz wohl.

Epikrise.

1) Was die Entstehung der Krankheit betrifft, so ist mir wahrscheinlich, dass unter dem Einfluss einer vermehrten Congestion in den Hämorrhoidalgefässen, welche sich häufig durch Blutung aus dem Mastdarm Luft zu machen pflegt, in diesem Falle eine phlegmonöse Entzündung sich in dem zwischen Mastdarm und Scheide gelegenen weitmaschigen Bindegewebe gebildet hat, die zur Eiterung, serösen Durchtränkung der Umgegend, zur Er-

weichung und fast gleichzeitigem Durchbruch der Mastdarm-Scheidenwand geführt hat.

2) Der Peritonäalüberzug der Excavatio recto-uterina ist vermuthlich nach oben zurückgedrängt worden, das Exsudat war somit ein extraperitonäales und daher das Leben nicht direct bedrohend.

3) Die Heilung geschah wie manchmal bei frischen Blasen-Scheiden oder Blasen-Uterusfisteln spontan, nur durch die Kräfte der Natur. Meiner Behandlung ist die Heilung nicht zuzuschreiben, wohl aber können insbesondere die wiederholten Cauterisationen mit dem Lapis infern. die Schliessung der Fisteln beschleunigt haben.

Endlich kann ich nicht umhin, diese Gelegenheit zu benutzen, Etwas zu widerrufen, was ich irrthümlicher Weise in dem von mir beschriebenen Falle von Haematocele retrouterina (cfr. Monatsschrift für Geburtskunde Bd. IX, H. VI) angegeben habe. Damals sagte ich, „dass die Kranke vollkommen wiedergenesen sei." Scheinbar war es allerdings der Fall, aber als die Kranke vom Lande zurückkehrte, zeigte es sich, dass an der höchst gelegenen Stelle des Scheidengrundes eine kleine von einem indurirten Walle umgebene Mastdarm-Scheidenfistel bestand, welche sich nach einer 8wöchentlichen Behandlung durch Cauterisationen mit Lapis infern., die ich in einem Intervall von 8—10 Tagen vornahm, gänzlich schloss. Wahrscheinlich hatte sich auch hier die Fistel aus einem allmählig in Eiter sich umwandelnden Exsudatreste gebildet. Die Heilung ging langsam von Statten, weil die Fistelränder erst einer Anfrischung bedurften, um sich mit einander zu vereinigen.

XXVI.

Hülfswege für den Geburtshelfer in Fällen derartiger Verunstaltungen des mütterlichen Beckens, dass ein reifes Kind unverkleinert nicht hindurch geleitet werden kann.

Von

Dr. **Friedrich Ludwig Meissner** in Dresden.

(Schluss.)

8) Der Kaiserschnitt (Sectio Caesarea, Hysterotomotocia, Metrotomia)[1]) hat den Vorzug vor allen bisher besprochenen

1) Von der überaus reichen Literatur bezüglich dieses Gegenstandes wollen wir hier nur die uns bekannten Monographien aufführen. *Francois Rousset*, Traité nouveau de l'Hystérotomotokie ou Enfantement Caesarien, qui est Extraction de l'enfant par incision latérale du ventre et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher. Et ce, sans préjudicier à la vie de l'un, ny de l'autre; ny empêcher la foecondité maternelle par après. Paris 1581. 8. — Deutsch von *Melchior Sebiz*, von der künstlichen Schneidung eines Kindes aus dem Mutterleib. Strassburg 1583. 8. — Lateinisch von *C. Bunhinus*, Foetus vivi ex matre viva sine alterius vitae periculo caesura; variis historiis aucta et confirmata; adjecta est *J. Albosii* foetus per 28 annos in utero contenti et lapidefacti historia elegantissima. Basil. 1591. 8. — *Rousset*, Assertio historica et dialogus apologeticus pro Caesareo partu. Paris 1590. — *Rousset*, Brevis apologia pro partu caesareo in dicacis cujusdam Chirurgi theatralem invectivam. Paris 1598. 8. — *Jac. Marchant*, Declamatio in Rousseti apologiam de caesareo partu. Paris 1598. 8. — *Doering*, Diss. de nova et admiranda herniae uterinae, atque hanc juste tempore subsequentis partus caesarei historia. Viteberg. 1612. — *Theophil Raynaud*, De ortu infantum contra naturam per sectionem caesaream. Lion 1637. 8. — *Held*, Diss. de partu caesareo. Erford 1673. — *Dionys. van der Sterre*, Vorstellung van de Noodsaakelykheid der kaiserlichen Snee etc. Leyden 1682. 12. — *Vater*, Diss. de partu caesareo, seu foetus e matre vivente sectione. Viteberg. 1695. — *van der Bosch*, Diss. de partu caesareo. Ultraject. 1695. — *Jean Ruleau*, De l'opération césarienne etc. Paris 1704. 12. — *T. W. Jacobo* (Praes. *J. H. Slevogt*), Diss. de partu caesareo.

Operationen, dass er nach vollkommen beendigter Schwangerschaft und unzweifelhafter Reife des Kindes sich die Aufgabe

---

Jenae 1709. 4. — *Heister*, Diss. Foetum ex utero matris mature exscindendum esse. Altorf. 1720. 4. — *de Vaux*, Diss. de l'opération césarienne. Paris 1720. 12. — *Giov. Santorini*, Storia d'un feto estratto della parti dirittane. Venezia 1727. 4. — *Digo Zapata*, Dissertacion de la operacion del parto caesareo. Madrit 1730. 4. — *Lopez de la Selva*, Reflexiones contra la dissertacion de la operation del parto caesareo *D. M. Zapata*. Madrit 1730. 8. — *P. G. Schacher*, Diss. de infante propter neglectam ex utero mortuae matris excisionem extincto. Lipsiae 1731. 4. — Id. Progr. Probatur, infantem supervivere posse in utero matre mortua. Lips. 1731. 4. — *Schacher*, Progr. de sectione Caesarea in matre sub partu mortua adhuc instituenda. Lips. 1731. 4. — *J. B. Winslow*, Diss. non ergo ad servandam prae foetu matrem obstetricium hamatile minus anceps neque insons, quam ad servandum cum matre foetum sectio Caesarea. Paris 1734. — *Besse*, An, ubi partus difficilis ac desperatus tentanda etiam in matre viva sectio uteri caesarea? Paris 1744. — *Staehelin*, Diss. de operatione caesarea vivente adhuc matre cito, tuto et jucunde perficienda. Basil. 1744. 4 — *Guenin*, Histoire de deux sections césariennes, faites avec succès en 1746 et 1749. Paris 1850. 8. — *Jo. Franc. Heuster* (Praes. *C. F. Kaltschmied*), Dissert. de partu caesareo. Jenae 1750. 4. — *C. F. Kaltschmied*, Progr. de necessitate exsecandi foetum ex gravida mortua. Jenae 1752. 4. — *Connallus o Connell*, Diss. de necessitate ac possibilitate operationis caesareae in partu desperato. Lips. 1751. 4. — *Martinez*, Diss. sobre una operacion caesarea, exercitata an muyer y feto vivo. Valencia 1753. 8. — *A. Lindemann*, Diss. de partu praeternaturali, quem sine matris seu foetus sectione non liceat absolvere operatori. Götting. 1755. 4. — *Chr. G. Ludwig*, Progr. Observata in sectione cadaveris foeminae, cujus ossa emollita erant. Lips. 1757. 4. — *C. F. Kaltschmied*, Progr. de necessitate partus caesarei instituendi in omnibus gravidis mortuis. Jenae 1760. 4. — *Lallemant*, An, ubi partus difficilis ac desperatus, tentanda etiam in matre viva sectio caesarea? Paris 1760. 4. — *Sue*, Diss. de sectione Caesarea. Paris 1763. 4. — *Louis*, Theses anatomico-chirurgicae de sectione caesarea. Paris 1764. 4. — *Le Vacher*, Theses de sectione caesarea. Paris 1765. — *H. J. Duncker*, Diss. sistens rationem optimam administrandi partum caesareum. Duisburg. 1771. 4. — *L. van Embden*, Diss. de partu caesareo. Lugd. Bat. 1771. — *van Bareghem*, Aanmerkingen over de berugten Kaysersnee. Dendermond 1774. 8. — *G. W. Stein* sen., Praktische Abhandlung von der Kaisergeburt, in zwo Wahrnehmungen. Cassel 1775. 4. — *J. Koedyk*, Verhandeling van de Sectio caesarea of

stellt, bei ungewöhnlicher Entbindung auf natürlichem Wege Mutter und Kind zu erhalten. Es liegt fern von uns hier die

---

Keizersnede. Utrecht 1774. — *Hopfenstock*, Diss. de hysterotomia. Vienn. 1776. — *Arn. Bamps*, De anteponenda sectione caesarea sectioni symphysis ossium pubis Tractatus. Paris 1778. — *M. F. A. Deleurye*, Observations sur l'opération césarienne à la ligne blanche etc. Paris 1779. 8. — *Jo. Pet. Weidmann* (Praes. *Car. Casp. Siebold*), Comparatio inter sectionem caesaream et ligamentorum pubis in partu, ob pelvis angustiam inpossibili, suscipiendas. Wirceb. 1779. 4. — *Vaughan*, Nachricht von einem Kaiserschnitt. Im Anhang zu *Hunter's* Bemerkungen über die bei schweren Geburten empfohlene Zertrennung der Schambeine. A. d. Franz. u. Engl. Leipzig 1779. — *Samoilowiz*, Diss. de sectione symphyseos et partu caesareo. Lugd. Bat. 1780. — *G. W. Stein* (sen.), Antrittsprogramm. Es wird eine merkwürdige Kaisergeburtsgeschichte bekannt gemacht. Cassel 1782. 4. Mit 1 Kpf. — *Geo. Winter*, Von dem Kaiserschnitte und dessen Operation bei einer widernatürlichen Geburt mit Beobachtungen hierüber. Wien 1784. 8. — *P. C. Roemer*, Diss. de causis, quare sectio caesarea recentiori tempore instituta fausto, quam olim habuit, eventu, ut plurimum careat. Duisb. 1786. 4. — *Sommer*, Geschichte einer Zwillingskaisergeburt. Leipzig 1788. 8. — *Lauverjat*, Nouvelle methode de pratiquer l'opération césarienne etc. Paris 1788. — *Forster*, Oratio pro legum providentia in homine nondum nato, etiam extincta matre servando. 1789. — *L. Castringius*, Diss. de rationibus sectionem caesaream in usum vocandi. Jenae 1791. 8. — *Pet. Berten* (Praes. *Van der Belen*), De sectione Sigaultiana et caesarea harumque sectionum inter se comparatione. Leovani 1791. — *J. F. Weissenborn*, Observationes duae de partu caesareo et quaestiones de praecipuis hujus operationis momentis. Erford. 1792. 4. — *J. P. Sacombe*, Encore une victime de l'opération césarienne ou le cri de l'humanité. Paris 1796. 8. — *Sacombe*, Les douze mois de l'école anticésarienne. Paris 1797. 8. — *J. F. Freymann*, Diss. de partu caesareo. Marburgi 1797. 8. — *Sacombe*, Plus d'operation cesarienne. Paris 1798. 8. — *Jacq. And. Millot*, Observation sur l'opération, dite césarienne faite avec succès, avec la déscription d'une nouvelle méthode d'opérer. Paris an VII. 8. — *W. Simmons*, Reflexions on the propriety of performing caesarian operation. London 1798. 8. — *J. Hull*, A defence of the caesarean operation, with observations on Embryulcie and the section of the symphysis pubis. London 1798. 8. — *Sacombe*, Le fondateur de l'école anticésarienne ou citoyen ministre de l'Intérieur. Paris 1798. 8. — *J. Hull*, Observations on *Simmons* detection etc. with a defence of the caesarean operation, derived from authorities. P. I. London 1799. P. II. London 1800. 8. —

Operation selbst zu besprechen, sondern wir beabsichtigen blos einige darauf bezügliche nicht uninteressante Bemerkungen beizufügen.

W. Simmons, A detection of the fallacy of *Hull* defeney of the caesarean operation. Manchester 1799. 8. — *C. Gaillardot*, Sur l'opération césarienne. Strasbourg 1799. 8. — *F. A. Müller*, Diss. de hysterotomia. Lipsiae 1800. 4. — *Planchon*, Traité complet de l'opération césarienne. Paris 1801. 8. — Dr. *W—n*, Gedanken über den Kaiserschnitt. Leipzig 1802. 8. — *Jo. Georg Weinhardt*, Beschreibung einer merkwürdigen Operation durch den Kaiserschnitt. Bautzen 1802. — *J. F. Nettmann*, Specimen sistens sectionis caesareae historiam. Halae 1805. 8. — *C. L. Rhode*, Relatio de sectione caesarea feliciter peracta. Dorpat. 1803. 4. — *N. Ansiaux*, Diss. sur l'opération césarienne et la section de la symphyse du pubis. Paris 1811. 8. — *Baudelocque*, Zwei Schriften über den Kaiserschnitt. Aus dem Engl. mit Noten von *John Hull*. Manchester 1811. 8. — *P. R. Flammant*, Diss. de l'opération césarienne. Paris 1811. 4. avec 1. Table. — *Gottl. Salomon*, Verhandeling over de nuttigheid de Schaambeensnede out bepaling der gevallen, welke aan dezelve de vaarkeur Schoort gegeven te worden boven de Kayserlyke Snede. Amsterdam 1813. 8. — *P. P. Malago*, Delle sezione caesarea e de' vantaggi, che ella ha sopra la sinfisiotomia. Ferrara 1815. 4. — *A. J. A. Stevin*, De conditionibus, quae apud sectionem caesaream, vel potius illam synchondroseos ossium pubis postulant. Ludg. Bat. 1817. 8. — *W. Th. Aem. Kühlenthal*, Diss. de partu caesareo. Marburgi 1818. — *N. Mayer*, Geschichte einer durch den Kaiserschnitt glücklich beendigten Entbindung. Frankfurt 1821. 8. mit K. — *J. F. W. Roeding*, Caedes infantuli in utero materno Diss. Hamburgi 1823. 8. — *D. Mansfeld*, Ueber das Alter des Bauch- und Gebärmutterschnittes bei Lebenden. Braunschweig 1824. 8. — *C. Ch. Hüter*, Diss. duos sectionis caesareae casus relatos exhibens. Marburgi 1824. 8. — *A. C. H. Kittel*, Diss. inaug. de sectione caesarea et cranii perforatione. Rostochii 1825. 8. — *J. B. Wanner* (Praes. *L. S. Riecke*), Annotationes ad sectionem caesaream. Tubing. 1825. 8. — *M. Friedemann*, Diss. de sectione caesarea in Instituto chirurg. et ophthalmiatr. univ. lit. Berolinensis hoc anno peracta matre proleque superstitibus et salvis. Berolini 1825. 8. — *J. N. Engeltrum*, Waarneming wegens eene Verlassing door de Keizersnede met behoud van Moeder en Kind. Amsterdam 1825. 8. — *C. F. v. Gräfe*, Ueber Verminderung der Gefahr beim Kaiserschnitte, nebst Geschichte eines Falles, in welchem Mutter und Kind erhalten wurden. Berlin 1826. 8. — *A. B. M. Bòbertag*, Diss. de periculis, quae e sectione caesarea puerperis contingunt. Berolini 1827. 8. — *J. S. Davidsohn*, Diss. sectionis caesareae

In allen Fällen, wo der kleinste Durchmesser des Beckens bis auf 2″ verkleinert ist, erachten wir den Kaiserschnitt für angezeigt und halten es für fehlerhaft, wenn eine andere Operation dafür substituirt wird, was sich durch zahlreiche daraus erwachsene Unglückfälle nachweisen lässt. Es hat zwar Aerzte gegeben, welche glauben, auch bei sehr verengten Becken perforirte Kinder durch die Wendung auf die Füsse und nachherige Extraction an denselben durch das Becken der Mutter zu leiten, wie *Ziehl* [1]), aber es fehlt auch nicht an Beobachtungen, wo dies nicht gelang und endlich noch wegen bereits enthirnten Kindern der Kaiserschnitt gemacht werden musste, den die vorher vielfach gemisshandelten Mütter natürlich nicht zu ertragen vermochten. Zu diesem traurigen Auswege sahen sich z. B. *Larronture* [2]), *Jaeggy* [3]) und *Ulsamer* [4]) genöthiget. Wo man sich nicht dazu verstehen wollte, sondern kräftig die Extractionsversuche fortsetzte, war die Folge mehr-

---

historiam continens. Regiomont. 1827. 8. — *C. Ph. Papius*, Geschichte eines Kaiserschnittes nebst einigen Bemerkungen. Würzburg 1827. 8. — *J. N. Engeltrum*, Wegens eene ten tweeten male verrichte Keizersnede aan eene en dezelvde vrouw. Amsterdam 1828. 8. 1 K. — *L. F. Reinhardt*, Der Kaiserschnitt an Todten. Preisschrift. Tübingen 1829. 8. — *M. Küster*, Diss. de sectione caesarea in clinico obstetricio Bonnensi nuper instituto. Bonnae 1829. 4. — *Eli de Haber* (Praes. *F. C. Nägele*), Diss. exhibens casum rarissimum partus, qui propter exostosin in pelvi absolvi non potuit etc. Heidelbergae 1830. 4. cum III tab. aen. — *J. H. Finn*, Der Kaiserschnitt nach seiner geschichtlichen Entwickelung aus den Quellen dargestellt. Inaug.-Abhdlg. Würzburg 1839. 8. — *C. Kayser*, Diss. de eventu sectionis caesareae. Havniae 1841. 8. — *Heinr. Schwarz*, Die Mittel zur künstlichen Frühgeburt. Würzburg 1844. 8. — *Aem. A. Meissner*, Diss. de cautelis duabus in sectione caesarea instituenda observandis. Lips. 1851. 8. — *E. H. Weickart*, Diss. inaug. de pelvarthrocace. Lips. 1852. 8. — *Ed. Behm*, Diss. de exostosi pelvina, quae sectionem caesaream exegit. Berolini 1854.

1) Correspondenzblatt bair. Aerzte. 1843. No. 51. 52. — *von Siebold*, Journal für Geburtsh. Bd. XI. St. 1. 1831. S. 54.

2) Aus dem Journ. de Méd. in *J. Ch. Stark's* Archiv für die Geburtsh. Bd. I. St. 4. Jena 1758. S. 135.

3) *v. Siebold's* Journal für die Geburtshülfe u. s. w. Bd. IX. St. 3. 1830. S. 693.

4) Ebendaselbst. Bd. X. St. 3. 1831. S. 477.

mals das Abreissen und Zurückbleiben des Kindeskopfs, woran leider die Literatur eine grosse Anzahl von Fällen aufzuweisen hat, z. B. aus dem Dresdener Hebammeninstitute [1]), von *Adr. Wegelin* [2]), *J. G. Oberteuffer* [3]), *F. Pauli* [4]), *Smellie* [5]), *Stein* [6]), *Mende* [7]), *Albert* [8]) u. A. m., ja es sind sogar Beispiele vorhanden, welche beweisen, dass eines abgerissenen und in der Gebärmutter zurückgebliebenen Kindeskopfs wegen noch der Kaiserschnitt gemacht worden ist, z. B. von *Larronture.* [9]) —

Eine andere Indication des Kaiserschnittes ist die durch die sogenannte Lex Regia gebotene, die es den Aerzten zur Pflicht macht die in der letzten Periode der Schwangerschaft verstorbenen Frauen durch diese Operation behufs der vielleicht noch möglichen Rettung des Kindes zu entbinden, eine Vorschrift, welche auch noch aus kirchlichen Gründen Pabst *Benedict XVI.* durch eine Bulle stützte. Durch eine für das Jahr 1827—1828 auf Veranlassung des Prof. *Riecke* den Studirenden zu Tübingen aufgegebene Preisfrage wurde in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit von Neuem auf diesen Gegenstand gelenkt, und wir können uns nicht versagen aus zwei dadurch veranlassten Schriften von *L. F. Reinhardt* [10]) und Med.-R. *Heymann* [11]) einige der gewonnenen Resultate kürzlich zu erwähnen. Die Lex Regia schreibt diese Operation in allen Fällen von Lebensfähigkeit der Kinder, d. h. von der 28. (nach *Ritgen* von der 26.) Woche nach der Empfängniss an vor.

1) *Stark's* Archiv u. s. w. Bd. I. St. 1. Jena 1787. S. 167.

2) Ebendaselbst. Bd. II. St. 2. 1789. S. 74.

3) *Stark's* Neues Archiv u. s. w. Bd. II. St. 3. 1801. S. 432.

4) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. VII. St. 2. 1839. S. 264.

5) Besondere Fälle und Anmerkungen aus der Geburtshülfe. Aus dem Engl. von *Königsdörfer.* Altenburg 1770. S. 36.

6) *von Siebold's* Journal u. s. w. Bd. XI. St. 1. 1831. S. 54. Anmerkung.

7) Gemeinsame deutsche Zeitschr. f. Geburtskunde. Bd. IV. St. 3. 1829. S. 335 (3 Fälle).

8) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. III. St. 2. 1836. S. 298.

9) Journal de Médecine. Tom. LXVIII. Paris 1786. — *Richter's* chirurgische Bibliothek. Bd. XI. St. 3. 1791. S. 348.

10) A. a. O.

11) Die Entbindung lebloser Schwangeren mit Beziehung auf die Lex Regia. Coblenz 1832. 8. Mit 6 Tabellen.

Von den bis zu Anfang des 18. Jahrhunderts aufgezählten Fällen von Kaiserschnitt nach dem Tode sollen 20 Kinder am Leben erhalten worden sein, 3 einige Stunden gelebt haben, 4 sogleich wieder gestorben sein und nur 5 will man todt gefunden haben. Von den im 18. Jahrhundert aufgeführten 26 Fällen sollen 3 Kinder am Leben geblieben, 2 einige Stunden gelebt haben, 2 sogleich wieder gestorben und 19 todt gefunden worden sein. Es ist nicht möglich noch jetzt die Glaubwürdigkeit jener Fälle sicher darzuthun, so viel scheint aber gewiss, dass bei jenen angeblich Geretteten (wenn auch aus guter Absicht) manche Fabeln und Unwahrheiten mit unterlaufen, was wir durch einige von *d'Outrepont*[1]) angezogene Beispiele als wahrscheinlich darstellen möchten. Im Dictionn. des Sciences' méd. Tom. XVII. 1816. p. 442 wird mitgetheilt, dass man das Kind einer vor 42 Stunden verstorbenen Mutter noch lebend angetroffen habe. — In der Frankfurter O.-P.-A.-Zeitg. 1818 No. 52 ist zu lesen, dass bei einer 18—20 Stunden vorher verstorbenen Person, welche 12—15 Stunden im Wasser gelegen hatte, das Kind noch gelebt habe. Vergl. 1800. No. 152. — Dem ersten Falle ist noch die Mittheilung angehängt, dass im Schoosse der in Paris verbrannten Fürstin *Pauline v. Schwarzenberg* noch 15 Stunden nach dem Tode das Kind lebend im Uterus gefunden worden sei. — Obgleich das von *d'Outrepont* angegebene Citat *'Osiander's* nicht trifft, so ist es uns doch gelungen in seinen Schriften[2]) einige für unsern Zweck dienende höchst unwahrscheinliche Berichte aufzufinden, z. B. von dem unerschrockenen Hugenotten *François Civil* und dem Cardinal *Alex. Farnese*, welche beide aus den Leichnamen ihrer bereits begraben gewesenen Mütter herausgeschnitten worden sein sollen, was wir eben so wenig glauben, als die unglaubliche Geschichte von der Soldatenfrau, der bei der Belagerung von Bergen op Zoom eine Kanonenkugel den Körper in 2 Theile gerissen, der schwangere Leib über die Mauer in's Wasser gefallen, aus demselben später von einem Soldaten mit der

1) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. IV. St. 1. 1836. S. 61.

2) *F. B. Osiander's* Handbuch der Entbindungskunst. Bd. III. Abthlg. 2. Tübingen 1821. 8. S. 282, 287, 289, 291 u. s. w.

Hellebarde herausgefischt worden sein soll. Da der Soldat davon seinem Hauptmanne *(Cordua)* Nachricht gab, dass sich das Kind im Leibe bewege, gab dieser einem Feldscheerer Auftrag es herauszuschneiden, und als es noch lebend angetroffen worden, habe es seine Gemahlin nach ihrem Gatten *Albert Ambrosius* taufen lassen und erzogen. — Weiter erwähnt *van Swieten* [1]) eines Falles, wo ein Kind 24 Stunden nach dem Tode der Mutter durch den Kaiserschnitt herausgenommen und $^1/_4$ Stunde am Leben erhalten worden sei. — Doch wir kehren zurück zu den von *Reinhardt* und *Heymann* gewonnenen Resultaten. Von den im 19. Jahrhundert aufgezeichneten Fällen (190) wurden nur 5 Kinder am Leben erhalten, 10 lebten einige Stunden, 23 starben sogleich und 152 wurden todt gefunden. — Jetzt wollen wir uns erlauben einige in der Literatur selbst aufgefundene Fälle aus dem Schoosse todter Mütter genommener lebender Kinder mitzutheilen. Im Hospital St. Louis in Paris [2]) wurde von *Huguier* an einer 28jährigen Frau, welche 14 Tage vor dem Normalende ihrer Schwangerschaft an Lungenschwindsucht verstorben war, durch den Kaiserschnitt ein lebender Knabe zu Tage gefördert, der bei Abstattung des Berichtes noch wohl und gesund war. — Med.-R. *Schneider* in Fulda [3]) erzählt, dass er wenige Augenblicke nach dem letzten Athemzuge schwangerer Mütter durch vollzogenen Kaiserschnitt mehrmals noch einige Zeit lebende Kinder gewonnen habe. — Denselben Erfolg erzielte *Borrone* [4]) bei einem wenige Minuten nach dem Tode der Mutter ausgeführten Kaiserschnitte. — *J. H. Green* [5]) machte die Operation 13 Minuten nach dem Tode einer schwangeren Frau, welcher eine schwere Postkutsche über die Brust gegangen war. Nach 15 Minuten kam die Respiration in Gang, allein

1) Comment. Tom. IV. § 1316. — *Osiander* a. a. O. S. 420. Nota. — Vergl. *Vateri*, Diss. de partu humano post mortem matris. Vitebergae 1714. 4. — et *J. D. T. Niethe*, Diss. de partu post mortem. Derolini 1827. 8.

2) Journal analytique de Méd. Paris 1829, Octb. p. 57. — Journ. hébdomadaire de Méd. Vol. V. 1829. 8. p. 289.

3) Altenburger allg. medicin. Annalen. 1817. 4. p. 86.

4) Ripertorio medico-chir. per l'anno 1822. Torino Jul. — Salzburg. medic. chirg. Zeitung. Bd. II.

5) Medico-chirurgical Transactions Vol. XII. P. 1. Lond. 1822.

nach 35 Minuten starb das Kind wieder. — *d'Outrepont*[1]) vermochte ebenso nur auf ganz kurze Zeit solche Kinder am Leben zu erhalten und so auch *X. Y. Z.*[2]) nur 4 Stunden. — An einer hochschwangern Frau wurde nach ihrem durch den Typhus herbeigeführten Tode durch den Kreiswundarzt *Thomas*[3]) der Kaiserschnitt vorgenommen und ein starkes scheintodtes Kind, welches bald ins Leben zurückgerufen wurde und beim Abgehen des Berichts noch lebte, zu Tage gefördert. Ferner gelang es dem Dr. *Loweg*[4]) ein durch den Kaiserschnitt zu Tage gefördertes scheintodtes Mädchen in's Leben zurückzurufen. — *Vignolo*[5]) verrichtete an einer im 8. Monate der Schwangerschaft verstorbenen Frau den Kaiserschnitt und gewann ein lebendes Kind, das jedoch nach 30 Stunden starb. — *Pelayo*[6]) förderte 5 Minuten nach dem Tode einer Gebärenden ein zwar scheintodtes, aber bald ins Leben gerufenes kräftiges Mädchen zu Tage. — Endlich meldet auch noch *Laforgue*[7]), dass im Hôtel-Dieu zu Toulouse eine 38jährige Frau nach einer 14tägigen Gehirnentzündung im 8. Monate der Schwangerschaft gestorben, aber sofort durch den Kaiserschnitt ein kleiner, schwächlicher Knabe gerettet worden sei, der bald vollständig belebt wurde und an der Brust einer Amme gut gedieh. — —

Nach diesen Erfahrungen hat man also *Landsberg's*[8]) Ausspruch zu bemessen, wenn derselbe in ähnlichen Fällen sich gegen den Kaiserschnitt und gegen die Lex Regia erklärt, weil kein Beispiel bekannt sei, dass ein lebendes Kind gewonnen worden wäre, als etwa von einer scheintodten Mutter, die dadurch mitleidlos dem sichern Tode überliefert werde. — Aus der sorgfältigen Zusammenstellung aller Fälle vom Kaiserschnitt in früherer und neuerer Zeit durch *Michaelis*[9])

1) Gemeinsame deutsche Zeitschr. für Geburtskunde. Bd. III. St. 3. 1828. S. 440.

2) *v. Siebold's* Journal u. s. w. Bd. X. St. 2. 1830. S. 287.

3) Neue Zeitschr. f. Geburtskunde. Bd. II. St. 1. 1835. S. 128.

4) *Casper's* medicin. Wochenschrift. 1842. No. 48.

5) *Gouraud*, Journ. des sciences médico-chirurg. 1834. Déeb.

6) Gazette médicale de Paris. 1847. Mai.

7) Gazette des hôpitaux. No. 77 d. 30. Juin 1853.

8) *Henke*, Zeitschrift für Staatsarzneikunde. Bd. LII. 1846.

9) Abhandlungen aus d. Gebiete der Geburtshülfe. Kiel 1833.

ergeben sich übrigens folgende Resultate: In diesem Jahrhunderte wurde über 110, in früheren über 148 Kaiserschnitte Bericht erstattet. Von letzteren waren 70, von ersteren 48 für die Mütter glücklich verlaufen. Von den 118 glücklichen Frauen wurden 15 von Neuem schwanger und von diesen starben 2 vor dem Ende der neuen Schwangerschaft an Ruptur des Uterus; 11 wurden wiederum glücklich operirt; 3 überstanden die Operation drei- und eine viermal. [1])

Bei der Wichtigkeit der Operation sollten allerdings die Indicationen besonders genau erwogen werden, doch müssen wir gestehen, dass dies nicht immer geschehen ist; wenigstens berichtet *Gensana* [2]) über den Kaiserschnitt an einer Frau, welche später glücklich und ohne alle Kunsthülfe gebar. Ebenso berichtet der Medicinalassessor und Hebammenlehrer *D. Behm* [3]) in Stettin die Entbindung einer Frau auf natürlichem Wege, welche früher durch den Kaiserschnitt entbunden worden war; und Dr. *Lehmann* in Oberwinter [4]) erzählt als Augenzeuge, dass ein sehr erfahrner Lehrer der Geburtshülfe Alles zur Operation in Bereitschaft setzte, als ihm und allen Zuhörern unerwartet ein starkes und gut entwickeltes Kind durch die Naturkräfte allein zu Tage gebracht wurde. — Noch übler muss es aber um die Indicationen dieser Operation in Italien stehen, wo nach der Mittheilung *Samuel Merriman's* und *Stanislaus Grotanelli's* [5]) sich die Priester eine solche Herrschaft über die Kranken anmassen, dass der Arzt dabei ungebührlicher Weise in seiner Wirksamkeit beeinträchtigt wird.

---

1) *Michaelis*, Vierter Kaiserschnitt der Frau *Adametz* mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind. Berlin 1837. 8. — Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. V. St. 1. 1837. S. 1.

2) *Omodei*, Annali universali di Medicina. Vol. XIII. 1820.

3) Neue Zeitschrift für Geburtsk. Bd. X. St. 1. 1841. S. 8. — Aus dem Provinzial-Sanitätsberichte des Königl. Medic. Colleg. von Pommern für das 2. Semester 1836. S. 141.

4) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. IV. 1854. S. 167.

5) Sinossi delle varie specie di difficultà del parto, con osservazioni pratiche sul trattamento dei parti del Dr. *Samuele Merriman*, Lettore di ostetricia etc. Traduzione Italiana sulla terra Edizione di Londra, con aggiunte ed un appendice di casi e di tavole illustrative dell' Autore, e con alcune note del' Traduttore (*Stanislaus Grotanelli*). Siena 1825. 8.

Dass der Kaiserschnitt an einer und derselben Person zweimal unternommen werden musste, ist keine Seltenheit, warum wir unsere geehrten Leser auch gar nicht mit Aufzählung solcher Fälle belästigen wollen; aber wir gedenken der wiederholten Schwangerschaft nach dieser Operation aus einer anderen Rücksicht, die jedenfalls unsere Aufmerksamkeit im hohen Masse verdient. Es ist nämlich das Zerreissen der Gebärmutternarbe bei wiederholter starker Ausdehnung dieses Organs nicht ganz selten zum Unglück der Schwangern beobachtet worden, was sich theils durch die Zeichen innerer Verblutung, theils aber auch durch das Hinaustreten des Kindes in die Bauchhöhle, wo man es deutlich unter den Bauchdecken entdeckt, zu erkennen giebt. Vor einigen 30 Jahren machte uns *J. Lorinser* [1]) mit einem solchen Falle bekannt, wo die Schwangere in der Hoffnung durch kräftiges Verarbeiten der Wehen vielleicht der Operation zu entgehen, heftig presste, wobei sie sogleich ein Bersten im Leibe empfand, mit welchem zugleich alle Wehen verschwunden waren. — Noch ungleich früher war eine ähnliche Beobachtung des Hofr. Dr. *Sommer* [2]) aus Riga bekannt gemacht worden. Der Gegenstand dieser Beobachtung war eine Frau, an welcher Dr. *Rhode* im Jahre 1796 die erste Operation gemacht hatte [3]), und welche sich im Jahre 1810 in gleicher Absicht *S.* anvertrauete. Dieser fand das bereits todte Kind sammt vielem ergossenen Wasser und Blut in der Bauchhöhle und bei sorgfältiger Behandlung wurde auch diese (wie *Lorinser's*) Kranke am Leben erhalten. — Weiter sah nach dem Berichte *J. A. Albers* [4]) der Dr. *J. J. Locher* in Zürich einen solchen Fall, welcher aber der Mutter den Tod brachte. Bei der Leichenöffnung fand man die Wunde bis auf eine kleine Stelle, die mit einer Membran

---

1) *v. Siebold's* Journal für Geburtshülfe. Bd. III. St. 1. 1822. S. 106 u. 119.

2) Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunst von Dr. *A. Chrichton*, Dr. *J. Rehmann* und Dr. *K. F. Burdach*. Bd. I. Hft. 4. Riga u. Leipzig 1817.

3) Beschrieben in *J. Ch. Loder's* Journal für die Chirurgie, Geburtshülfe u. s. w. Jena 1800. Bd. II. S. 733.

4) Medico-chirurg. Transactions, published by the med. and chir. Society of London. Vol. XXI. P. 1. 1829. 8.

überzogen war, vernarbt. — Ferner berichtet Dr. *J. H. Schenk* [1]) zu Siegen die Geschichte eines für Mutter und Kind glücklichen Kaiserschnittes bei einer Frau, die früher mehrere Kinder auf natürlichem Wege geboren, später aber durch Osteomalacie ein ganz verunstaltetes Becken bekommen hatte. Die Operation hatte am 2. Juli 1822 stattgefunden, und im December 1824 begann wieder eine neue Schwangerschaft, die aber nicht zu Ende gelangte, sondern am 30. April 1825, nachdem ihr seit einigen Tagen die Kindesbewegungen fühlbar geworden waren, empfand sie beim schnellen Aufstehen von einem Stuhle ein Krachen und einen empfindlichen Schmerz im Unterleibe. Der wieder zum Beistande herbeigerufene Dr. *Schenk* [2]) entdeckte sehr bald, dass der Uterus geborsten war, und das Kind sich mit dem Fruchtwasser in der Bauchhöhle befand und zwar in der unteren durch die hängenden Bauchdecken gebildeten Tasche. Durch den Bauchschnitt wurden beide leicht entfernt und die Mutter wieder hergestellt. — Auch Herr Dr. *Nic. Meyer* [3]) in Minden hatte am 16. März 1817 eine 33jährige Frau, welche früher 6 Kinder ohne Kunsthülfe geboren, sodann aber durch Osteomalacie ein so verengtes Becken bekommen hatte, dass nur ein Finger bei der Untersuchung in das Becken eingeführt werden konnte, zwar von einem bereits abgestorbenen Kinde aber mit günstigem Ausgange für die Mutter durch den Kaiserschnitt entbunden. Im April 1821 aber, als die Operirte wieder seit mehreren Monaten schwanger war, erlitt sie ebenfalls eine Ruptur der alten Narbe und war schon vor Ankunft *M's.* verschieden. Bei der Leichenöffnung fand man die zerrissenen Ränder der Gebärmutter nicht stärker als Papier, so dass sie nothwendig bei der Zunahme des Volums der Frucht reissen mussten. — Eine ähnliche Erfahrung wird auch noch von *Aubertin* [4]) mitgetheilt. — Es scheint sogar niemals eine feste Vernarbung der Gebärmutterwunde stattzufinden, und wenn in einer sehr

1) *von Siebold's* Journal für Geburtshülfe u. s. w. Band V. St. 3. 1826. S. 461.

2) Ebendaselbst. Bd. VI. St. 2. 1826. S. 381.

3) Ebendaselbst. Bd. III. St. 2. 1821. S. 227 u. 293.

4) Sur une opération césarienne avec rupture de la cicatrice lors d'une seconde grossesse.

geachteten Zeitschrift [1]) erzählt wird, es befinde sich in der anatomischen Sammlung zu Bonn ein solch ganz vernarbtes Präparat, so ist dies von dem dortigen Prof. *Mayer* [2]) selbst widerlegt worden, welcher ausdrücklich sagt, es sei die Gebärmutter fest zusammengezogen gewesen, doch habe sich auch in diesem Falle die Gebärmuttersubstanz nicht gehörig vereiniget, sondern es seien die Wände nur durch einen äusseren und inneren Ueberzug zusammengehalten worden. — *M.* (der Referent dieses Falles) äussert nun die Hoffnung, man werde diese Vereinigung vielleicht durch Anlegung einer blutigen Naht an die Gebärmutter, nach *Lauverjat's* Vorgange, erreichen, es hat jedoch unsers Wissens Niemand sich anderer Bedenklichkeiten wegen dazu entschlossen.

Diese Ruptur der alten Wunde ereignet sich aber keineswegs in allen Fällen, und es sind mehrere Beobachtungen bekannt geworden, in denen der Kaiserschnitt drei, vier und mehrere Male mit glücklichem Erfolge wiederholt worden ist. Einen dreimaligen Kaiserschnitt bringt *Le Maistre* [3]) zu unserer Kenntniss; beim ersten im 33. Lebensjahre traf man das Kind todt; beim 2. nach 24. Monaten in der weissen Linie angestellten, lebte das Kind und die Mutter war schon nach 14 Tagen geheilt. Der 3. Kaiserschnitt 4 Jahre nach dem 2. angestellt, brachte wieder ein lebendes Kind, während das vorige wieder gestorben war und 5 Tage später ging auch die Mutter in den Tod. — *F. B. Osiander* [4]) giebt Bericht davon, dass der Züricher Wundarzt und Geburtshelfer *H. Balbers* ebenfalls eine unverheirathete Person, die bereits einmal schon diese Operation ertragen hatte, zum 2. und 3. Male glücklich durch den Kaiserschnitt entbunden hatte. Als nach der letzten Operation die Wunde beinahe verheilt war, zog die Person sich durch Erkältung eine tödtliche Krankheit zu. — Zum

1) *v. Froriep's* Notizen für Natur- und Heilkunde. Band III. No. 21. 1823. d. 4. Jan. S. 336.

2) *v. Gräfe's* und *v. Walther's* Journal f. Chirurg. u. Augenheilk. Bd. II. Heft 1. Berlin 1821. 8. S. 550. *Gerson's* u. *Julius's* Magazin der ausländ. Literatur der Heilkunde. Hamburg 1820. 6. Hft. S. 437.

3) Journ. de Médec., Chir. et Pharmacie. Tom. XLIV. 1812. Août.

4) *F. B. Osiander's* Handbuch der Entbindungskunst. II. Bd. 2. Abthlg. Tübingen 1821. S. 520.

vierten Male an einer und derselben Frau übte Prof. *G. A. Michaelis* [1]) den Kaiserschnitt an Frau *Adametz*, die wir selbst gesehen haben, als sie im Jahre 1830 den zu Hamburg versammelten Naturforschern und Aerzten vorgestellt wurde. Der gute Erfolg der wiederholten Operationen erklärt sich bei dieser Frau wohl vorzüglich dadurch, dass die Gebärmutter mit den Bauchdecken fest verwachsen war, und bei dem neuen Schnitte in der Narbe die Bauchhöhle vollkommen geschlossen blieb. — Der merkwürdigste Fall ist aber der einer Frau, welche den Kaiserschnitt sieben Mal überstanden hat. — Der Berichterstatter, Graf von *Tressan* [2]) hatte sie selbst am 4. Tage nach dem 7. Kaiserschnitte gesehen und munter und fieberlos gefunden. — Dass auch Zwillinge bei dieser Operation vorkommen, lässt sich denken; mitgetheilt wird ein solcher Fall unter andern von Dr. *Wilh. Horn* (Vater) und Dr. *Ludw. Horn* (Sohn). [3]) Die Kinder waren 2 starke kräftige Knaben und auch die Mutter wurde gerettet. —

Nicht immer ist durch die Sectio caesarea alle Schwierigkeit bei der Entbindung gehoben, sondern man hat auch in einzelnen Fällen noch das Kind auf widernatürliche Weise mit der Gebärmutter verwachsen angetroffen. So erzählt z. B. Dr. *Toy* [4]) in Virginien einen Fall von Gastrohysterotomie unter ganz eigenthümlichen Umständen. Eine Schwangere bekam im 7. Monate Wehen, der Muttermund erweiterte sich, das Fruchtwasser floss ab, aber kein Kindestheil war zu fühlen. Grosse Angst stellte sich anfangs ein, später Geschwulst, Fieber, ein starker jauchiger Ausfluss, nach 2 Monaten gingen einzelne Knochenstücke durch die Vagina ab und in der Höhe des Nabels bildete sich eine Fistel. Um zu den übrigen Knochen zu gelangen, wurde rechterseits vom Nabel endlich ein 4″ langer Einschnitt zugleich durch die Gebärmutter, die sich rund um die Fistelöffnung durch adhäsive Entzündung

1) Neue Zeitschrift für Geburtsk. Bd. V. Hft. 1. 1837. S. 1.

2) Journ. de Méd., Chir. et Pharm. par *M. A. Roux*. Tom. XXXVI. Juil. 1771. — *A. G. Richter's* chirurg. Bibliothek Bd. II. St. 2. Göttingen u. Gotha 1773. 8. S. 91.

3) *Hufeland's* Journ. d. prakt. Heilk. 1821. Juni.

4) Aus American Journ. of med. Science. VI. p. 33. — The London med. and phys. Journal. Aug. 1830. — *Behrend* und *Moldenh.*, Journalistik des Auslandes. 1830. Bd. III. S. 201.

mit den Bauchdecken vereinigt zeigte gemacht, und hier stiess man auf den Scheitel des Kindes, der aber vom Uterus fest umschlossen war, dass die Knochen desselben einzeln mittels der Knochenzange entfernt werden mussten. Nachdem die Gebärmutter durch Injectionen gereiniget worden war, wurde die Wunde durch Heftpflasterstreifen verbunden, eine Leibbinde angelegt und nach 6 Wochen war die Kranke geheilt. — Ebenso fand *Steinmetz*[1]) eine Verwachsung des Fötus mit der Gebärmutter. Zu einer seit 2 Tagen Kreissenden gerufen fand er die Füsse des Kindes im Muttermunde, das Schulterblatt der rechten Seite aber mit dem obern Drittheil der inneren Gebärmutterfläche fest verwachsen. Nachdem die Gebärende $^3/_4$ Stunde später gestorben war, zeigte sich beim Kaiserschnitte äusserlich am Uterus eine hart anzufühlende Einsenkung von etwa 4″ im Umfange, an welcher Stelle das Kind ausserhalb der Fruchthäute angewachsen war. — Endlich übte *Kowalewsky*[2]) bei einer zum 4. Male Schwangern wegen Beckenverengung den Kaiserschnitt, wobei sich ergab, dass ausserhalb der Gebärmutter ein Lithopädion mit der Synchondrosis sacro-iliaca fest verwachsen war, und $1^1/_2$″ hoch, $2^1/_2$″ weit in's Becken hineinragte.

Sehr häufig geben Exostosen des Beckens zum Kaiserschnitte Veranlassung und die neuere Zeit hat uns viele interessante Beobachtungen dieser Art geliefert. Im südlichen Deutschland kommen sie bei weitem häufiger vor, als im nördlichen, was auch mit der Osteomalacie der Fall zu sein scheint. *Albert*[3]) sah eine Exostose nur von der Grösse eines Hühnereies mit der Linea innominata pelvis parallel verlaufend; — ungleich grösser war aber die von *Eli de Haber*[4]) beschriebene und abbildlich dargestellte. — Einer sehr grossen Exostose, welche in den Jahren 1841 und 1844 zwei Mal den Kaiserschnitt an einer Person nöthig machte, wird von dem Chirurgus *Mestenhauser*[5]) Erwähnung gethan. — Gleich

1) Oesterreich. med. Wochenschrift. 1843. No. 15.

2) Aus der medic. Zeitung Russlands 1854 in *Schmidt's* Jahrbücher u. s. w. Bd. LXXXVIII. 1855. S. 113.

3) Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. III. St. 2. 1836. S. 298.

4) Diss. cit. 1830. 4.

5) Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. IV. 1854. 8. S. 35.

bemerkenswerth sind die Beobachtungen von *M'Kibbin* [1]) und *Leydig.* [2]) — *van Zele* [3]) beschreibt eine solche, die 2″ dick und 3—4″ lang war, — und *Ed. Behm* [4]) sah eine solche, wo der Raum zwischen ihr und der Linea arcuata links nur $^1/_4$—$^1/_3$″, rechts 9—10‴, zwischen der linken Pfannengegend und dem Tumor nur 1‴, zwischen diesem und der Symphyse $1^1/_2$″ und zwischen diesem und der rechten Pfannengegend nur 7—8‴ betrug. — *C. Pagenstecher* [5]) giebt uns ferner Nachricht von einer höchst rapiden Entstehung einer durch Osteomalacie entstandenen Verunstaltung des Beckens, welche sich in 6 Monaten an einem rhachitischen Becken gebildet hatte und nach überstandenem Wochenbette wieder nachgiebig wurde. — Uebrigens beobachtete *Spengel* [6]) zweimal bei Geburten eine allmälige Erweiterung des Beckens und warnt daher vor übereilten Kaiserschnitten bei osteomalacischen Becken. [7])

Darauf, dass man den Schwangern in Betreff ihrer Aussagen über gefühlte Kindesbewegungen nicht zu viel trauen dürfe, macht Med.-R. Dr. *v. Klein* [8]) aufmerksam; wir sind jedoch der Meinung, dass heut zu Tage sich nicht leicht ein gebildeter Arzt dadurch wird irre führen lassen, da es bekannt ist, wie häufig sich Frauen darüber täuschen, sogar solche, die gar nicht schwanger sind, — und wir ein viel entscheidenderes diagnostisches Zeichen in der Auscultation besitzen. — Endlich wird noch i. J. 1816 mitgetheilt, dass ein gewisser *Griffon* in Cincy den Kaiserschnitt glücklich für Mutter und Kind mit einem Rasirmesser ausgeführt hat. [9])

1) Heidelberger klinische Annalen. Bd. VI. Hft. 3.

2) Ebendaselbst. Bd. VIII. Hft. 2.

3) Aus Annales de la Soc. de Méd. d'Anvers. in der Neuen Zeitschr. für Geburtsk. Bd. XXIX. St. 2. S. 271.

4) Monatschr. f. Geburtsk. Bd. IV. 1854. S. 12.

5) Ebendaselbst. S. 1.

6) Diss. inaug. sistens dilatationem pelvis ex osteomalacia coarctatae in partu bis observatam adjectis observationibus quibusdam. Heidelbergae 1842.

7) Annal. de l'Anat. et de la Physiologie pathologique. 1842. Octb. p. 143.

8) *v. Gräfe's* u. *v. Walther's* Journal f. Chirurgie u. Augenheilkunde. Bd. IV. Hft. 1. Berlin 1822. 8.

9) Clinique chirurg., ou Récueil de memoires et observations de chirurgie pratique par Prof. *N. Ansiaux.* Lüttich et Paris 1816.

XXVII.

Fall von künstlicher Frühgeburt nach der Cohen'schen Methode

von

Dr. **Hausmann** in Stuttgart.

Eine hiesige Dame hatte ihr erstes Kind lebend aber schwer, die drei folgenden sehr grossen Kinder jedoch in Folge schwerer Geburten todt geboren. Die letzte, durch die Zange beendigte Entbindung hatte eine $1\frac{1}{2}$ Jahre dauernde Lähmung des rechten Fusses zur Folge gehabt. Die Dame nahm für die nächste Geburt meine Hülfe in Anspruch. Da ich die Conjugata um $\frac{1}{2}''$ verkürzt fand und ausserdem erfahrungsgemäss die Kinder immer sehr gross waren, so entschloss ich mich zur Vornahme der künstlichen Frühgeburt und zwar nach der *Cohen*'schen Methode. Ich wurde in meinem Entschlusse noch durch den so günstigen Erfolg der in Bd. XI, Heft 2 dieser Monatsschrift von *Credé* veröffentlichten Fälle bestärkt. Schon nach der ersten Einspritzung traten nach einigen Stunden leichte Wehen ein, in 24 Stunden verstrich der Scheidentheil vollkommen und der Muttermund öffnete sich 2 Finger breit. Wahrscheinlich wäre eine zweite Einspritzung unnöthig gewesen, doch machte ich dieselbe noch und sah danach die Wehen sich verstärken. Nach 60 Stunden, von der ersten Einspritzung an gerechnet, war die Blase springfertig und der Kopf stand fest im Beckeneingange. Nachdem nach weiteren 3 Stunden die Blase nicht zerrissen war und der Kopf tiefer herabdrang, wollte ich gerade die künstliche Sprengung vornehmen, als eine sehr kräftige Wehe die Blase zerriss. Mit den nächsten Wehen drang der Kopf rasch durchs Becken und ein lebendes $6\frac{1}{2}$ Pfund schweres Kind aus der 36. Schwangerschaftswoche wurde geboren.

XXVIII.

Die Hand als Cephalotribe unter Beihülfe des Perforatorii und des scharfen Hakens bei folgenden drei unvermeidlich gewesenen Perforationen abgestorbener Kinder

von

Th. Richard M. Dr. in Osnabrück.

Bei zwei von diesen Perforationen wurde ich am 9. April 1855 und 5. Septbr. 1857 von andern Aerzten hinzugerufen. Die eine vollführte ich am 9. Mai 1856 allein unter Beistand einer mich hinzurufenden geschickten Hebamme. Von den 3 Müttern, welche auf diese Art entbunden wurden, blieben 2 am Leben und gesund, und eine starb am 9. Tage noch, aber nicht durch die Operation, an Fäulniss der Gebärmutter in Folge der durchaus unvernünftigen Leitung des Wochenbetts.

Nähere Angaben über diese 3 Fälle werden hoffentlich nicht ohne praktisches Interesse sein:

Erster Fall.

Berufen am 9. April 1855 kam ich Abends 10 Uhr bei der Kreissenden *H.* zu O. an und verweilte dort bis zum 10. April Nachmittags gegen 3 Uhr, also im Ganzen 17 Stunden lang. Der anwesende geschickte und erfahrene College Hr. Dr. *V.* hatte sich bereits alle Mühe zur Entbindung der Frau gegeben. Der Kopf des Kindes lag vor, allein das Becken der Gebärenden war zu enge. Versuchsweise legte auch ich nochmals meine Geburtszange an, aber eben so ohne Erfolg, wie Dr. *V.* die seinige. Zur Wendung auf die Füsse war gar keine Anzeige, sondern die grösste Gegenanzeige, denn beim Hinaufführen der Hand am vorliegenden Kopfe fand man den Vorberg stark ins Becken hineinragend und etwas höher hinauf noch eine 2. Protuberanz, anfangs das Gefühl erregend, als wäre diese ein 2. Kindeskopf, später aber nach unserer beiden Ueberzeugung als einen vorragenden (wahrscheinlich den 3.) Lendenwirbel sich offenbarend nach der Art, aber im

bei weiten geringern Grade, wie *Kilian* angiebt in seinen „Schilderungen neuer Beckenformen und ihres Verhaltens im Leben, der Praxis entnommen. Mit 9 lithographirten Tafeln. Mannheim 1854.“

Entbunden musste die schwer Leidende werden, aber wie? entweder durch Kaiserschnitt oder Perforation? Da das Becken für letzte Operation nicht zu klein und das Kind offenbar todt war, so zogen wir diese vor. Indem aber eine Augenhöhle des Kindes erreichbar war, so hefteten wir zuvor den scharfen Haken in diese, als einen festen, dem Abgleiten und Ausreissen, selbst bei den kräftigsten Zügen widerstehenden Punkt. Allein auch dieses Mittel, was mir früher ohne weitere Hülfe geglückt hatte, wollte hier nicht zum Ziele führen, daher blieb uns nunmehr nichts übrig, als Zerstückeln und Enthirnen des Kopfs.

Nach einiger der ermatteten Frau gewährten Erholung brachte einer von uns das scheerenförmige Perforatorium durch die erste beste Naht in die Hirnhöhle, hier angelangt wurden die Arme desselben weit auseinandergesperrt und im Hirn nach allen Seiten herumgedreht, wobei schon einiges Gehirn vermischt mit vielem Kindesblute abfloss, um noch mehr zu entleeren, drückte die eingebrachte, das Perforatorium leitende und vor Verletzungsgefahr der mütterlichen Theile deckende Hand die schlotternden Schädelknochen kräftig zusammen, dadurch war so viel Platz gewonnen, dass das am Vorberge liegende Scheitelbein mit jener vollen Hand zerbrochen (cephalothrypsirt) und stückweise entfernt werden konnte, wodurch unter Abfluss einer Menge Gehirn der Kopf zwar sehr zusammenfiel, jedoch noch nicht ganz heraus zu befördern war, indem die übrigen Schädelknochen immer noch hartnäckig ihren alten Platz behaupteten. Wir nahmen daher auch diese nach einander weg, wobei natürlich jederzeit so stark, wie möglich gezogen wurde, in Hoffnung, das ganze Kind mit hervorzuziehen.

Nachdem nunmehr das andere Scheitel-, das Stirn- und zuletzt selbst das Hinterhauptsbein abgelöset und mittels der Knochenzange und des hinter den Knochenrändern angehefteten scharfen Hakens entfernt waren, so blieb uns nur noch die schlaffe, rein ausgeweidete Kopfhaut mit einem winzigen

Theile der Halswirbel zum Anziehen übrig, auf beide konnten wir indessen wenig Vertrauen setzen, denn die erste konnte leicht abreissen und letzterer gewährte keinen festen Punkt zum Fassen.

Dem letzten blutigen Hülfsmittel, dem Kaiserschnitte vielleicht zu entgehen, wollte mein College zuvor die in seiner langjährigen Praxis mehrmals erfolgreich erprobte Bauchlage der Gebärerin versuchen und fasste in dieser Lage möglichst hoch zwischen den Schamlippen die Kopfhaut, wahrscheinlich auch etwas Halswirbelfleisch und hinter den Rücken seiner festgestellten Finger schlang ich eine Wendungsschlinge recht straff um den gefassten Theil, und zog damit so wie er gleichzeitig mit seinen Fingern endlich das ganze grosse Kind, einen Knaben hervor.

Nach dem Wochenbette behielt diese Frau *H.* lange Zeit fixe Schmerzen in einem Schenkel und Knie zurück, die sich gemäss Herrn Dr. *V.'s* Aussage nach mehrfachen Mitteln, besonders zuletzt nach Einreiben von Jodtinctur allmälig verloren und bereits verschwunden waren, als sie im September 1856 zum zweiten Male einen lebenden Knaben gebar, jedoch mit Hülfe der Zange unter ungefähr 30 bis 40 Tractionen; hierbei fand Dr. *V.* den 3. Lendenwirbel noch eben so, wie bei der Entbindung von 1855 hervorstehend.

Zweiter Fall.

Eine junge erstgeschwängerte Frau *B.* hatte die letzten Regeln am 28. Juli 1855 gehabt, danach wäre der 5. Mai 1856 der Geburtstermin. Am 5. August wurde sie verheirathet und hat sich in der Schwangerschaft ganz wohl befunden. — Am 9. Mai Nachmittags begannen die ersten Wehen. Abends 9 Uhr fand die Hebamme den Muttermund einen Finger breit offen, die Blase vor demselben, der Kopf war schwer zu erreichen, desto leichter aber der Vorberg. Am 10. Mai früh 4 Uhr ging das Wasser ab, der Kopf stellte sich im ersten schrägen Durchmesser, rückte aber nicht weiter vor. Ich ward nun gerufen und verordnete Boraxpulver mit Crocus und Ol. cinnam., und da gegen Abend sich Krämpfe eingestellt hatten, Castoreum mit Nitrum. Bis zum 11. früh $4^1/_2$ Uhr hatten die Pulver kräftige Wehen bewirkt, ohne

der Kopf ins kleine Becken getreten. Die angestellte Beckenmessung zeigte 3″ 2‴ Conjugata. Zangenversuche führten nicht zum Ziele: es hatten sich abermals Krämpfe eingestellt, und da nun an dem Tode des Kindes nicht zu zweifeln war, so hielt ich die Perforation des todten Kindes zur Rettung der Frau indicirt: ich brachte mit ziemlicher Schwierigkeit bei dem verengten Becken das scheerenförmige Perforatorium auf die Art, wie im vorigen Falle unter Geleit meiner linken Hand in die Schädelhöhle; nachdem mehreres Gehirn und Kindesblut abgeflossen war, konnte ich das am Vorberge gelagerte linke Scheitelbein zwischen der ganzen linken Hand fassen, mitten durchbrechen und stückweise entfernen. Hierauf wurde die Frau wieder zu Bett gebracht, um durch Ruhe sich zu erholen. — Währenddem sammelten sich die Wehen und, trieben den nun sehr verkleinerten Kopf mit vorgelagertem Hinterhaupte durch den Beckeneingang in die Beckenmitte hinunter, so dass er mit der Knochenzange und den Fingern meiner linken Hand gefasst, heruntergezogen, mit der Wendungsschlinge umschlungen werden konnte und so das ganze Kind, ein Knabe (von $7\frac{1}{2}$ Pfund ohne das schon abgeflossene Gehirn und Kopfblut) um $10\frac{1}{4}$ Uhr Vormittags geboren war. Das Lösen der Nachgeburt machte keine Schwierigkeit. Jene folgte bald, etwa $\frac{1}{4}$ Stunde darauf gelinden Zügen am Nabelstrange.

Die Mutter starb am 9. Tage nach der Entbindung an Gangrän, nachdem ich erst am Abend desselben Tages war gerufen worden. Eine Vernachlässigung von Seiten der Umgebung mag wohl an dem übeln Ausgange mit beigetragen haben.

Dritter Fall.

Eine früher 2 Mal schwer durch die Geburtszange von todten Kindern entbundene Frau von 37 Jahren, die in der Zwischenzeit zwischen diesen beiden Zangengeburten einen Abortus von ein paar Monaten erlitten hatte, wurde abermals, also zum 4. Male schwanger, nachdem sie 1856 am Ende November zuletzt menstruirt gewesen war und im Anfange Aprils 1857 das Leben des Kindes undeutlich, 14 Tage später aber sehr deutlich gespürt hatte. Am 2. September 1857 bekam sie die ersten Wehen dieser 4. Geburt.

Die hinzugerufene Hebamme liess zuerst den Herrn Stadtchirurgus *Prenzler* hinzubitten, und zuletzt wurde auch mein Beistand gewünscht.

Nach einer 2 Stunden weiten Fuhre kam ich am 5. Sept. Mittags $12^1/_2$ Uhr bei der Kreissenden an und verweilte daselbst etwa 3—4 Stunden. — Während dieser Zeit vereinbarten Herr *P.* und ich uns, dass ich noch einmal einen Entbindungsversuch mit meiner Zange mache, obschon *P.* mit der seinigen, deren Löffel übrigens einige Zolle kürzer, als die der meinigen waren, bereits mehrere ohne Erfolg angestellt hatte. Zwar brachte ich durch kräftige Tractionen den vorliegenden Kindeskopf etwas tiefer auf den Beckeneingang, allein das Hinein- und Hindurchbringen durch diesen wollte nicht gelingen, dagegen machte die Zange Miene abzugleiten. — Dies sehr zu fürchtende Uebel zu verhindern zog ich daher die Löffel nach einander zurück.

Da das Kind offenbar todt war, beschlossen wir nunmehr die Perforation, das Perforatorium wurde durch eine Fontanelle hindurchgestochen, auseinandergedehnt, im Hirnschädel einige Mal herumgedreht, mit der dabei eingebrachten Hand die Schädelknochen zusammengedrückt und nachdem auf diese Art mehreres Gehirn nebst Kopfblut entleert und dadurch Platz zum Durchbrechen eines Schädelbeins gemacht war, wurde das am Vorberge liegende Scheitelbein zwischen der vollen Hand gefasst und durchbrochen, somit die, den Durchgang hindernde Kopfbreite vermindert. Das Herausziehen der beiden Bruchstücke desselben durch die Knochenzange und den hinter einem ihrer Ränder eingehakten scharfen Haken war leicht; auf dieselbe Art gelang es auch bald, das Hinterhauptsbein zu fassen, anzuhaken und es sammt dem ganzen Kopf hervorzuziehen. Der Durchgang der breiten Schultern erforderte mehrere kräftige Züge. Das Kind, ein Knabe, war sehr gross, sein Schulterndurchmesser hatte 7 Zoll Hannov. Mass, eine gleiche Länge der schräge Kopfdurchmesser vom Kinne bis zu des Hinterhauptes Spitze. Der Quer- und gerade Durchmesser des Kopfs ist nicht gemessen, weil diese wegen des weggenommenen Scheitelbeines nicht mehr das normale Mass haben konnten.

Aus diesen 3 praktischen Beobachtungen über Perforation

schliesse ich, dass die Hand durch Zerbrechen eines Schädel-, und zwar gewöhnlich des Scheitelbeins und hiermit bewirkte Verkleinerung des Kopfs eine der vortrefflichsten und zugleich mildesten Cephalothryben abgiebt; denn wo der Kindskopf um einen seiner Schädelknochen verkleinert ist, wird nur äusserst selten ein Becken zu finden sein, das ihn nicht passiren liesse; und würden die sinnreichsten Kopfzerbrechungs-Werkzeuge weniger wirken können und weniger Platz fordern, als die Hand, welche doch bei jedem solchen Instrumente schon von selbst mit ins Becken eingeführt werden muss, um dieses anzubringen, sicher zu leiten und die Gefahr der Verletzung der mütterlichen Theile abzuwenden?

XXIX.

Notizen aus der Journal-Literatur.

Collmann: Seltne Reflexerscheinung bei Schwangerschaft.

Patientin, welche vor ihrer Verheirathung stets gesund, seit ihrem 13. Jahre regelmässig menstruirt war, bekam in ihren drei vorausgegangenen Schwangerschaften, stets im 3. Monat, ein Mal am linken Unterschenkel, dann am linken Arm, das 3. Mal am rechten Oberschenkel ein oberflächliches, nässendes Geschwür, das kurz vor der Niederkunft von selbst zuheilte. Mit Beginn der 4. Schwangerschaft wurde sie heiser, bekam quälenden Husten mit Auswurf und war bis zum 3. Monat völlig stimmlos mit so heftigem Husten, dass sie nicht schlafen konnte. Trotz aller Behandlung verschlimmerte sich ihr Zustand so, dass beim Husten förmliche Erstickungsgefahr eintrat und am 19. April 1856, im 8. Monat der Schwangerschaft, wegen höchster Angst und Dyspnöe, die Tracheotomie vorgenommen werden musste, die auch glücklich ausgeführt wurde und sofortige Linderung verschaffte. Am andern Morgen erfolgte von selbst die Geburt. Das reife Kind starb am 10. Tage an allgemeiner Schwäche. Die Mutter erholte sich sehr schnell und konnte, nachdem in der 3. Woche die Stimme von selbst wiedergekehrt war, in der 5. Woche schon wieder einen Ball besuchen.

Die Operationswunde war in den ersten 14 Tagen zugeheilt.

Im November 1856 wurde Pat. zum 5. Male schwanger und gleich wieder trat schmerzhafte Heiserkeit mit Husten und Auswurf auf. Am 26. März d. J. übernahm sie Vf. in Behandlung und fand sie sehr abgemagert und so schwach, dass sie das Bett nur kurze Zeit verlassen konnte. Vollständige Aphonie, pfeifende Inspirationen, keuchende Exspirationen. Häufiger Husten mit Brechen und Auswurf, Schlucken schmerzhaft. Der Kehlkopf beim Druck sehr empfindlich, Hals nicht geröthet. Ordination: kräftige Diät, Dec. inf. Seneg. c. Ipec. und ein Lecksäftchen mit Elix. panegor. c. liq. Ammon. anis.; Ol. Croton. zum Einreiben in den Hals. Hierauf Besserung.

Gegen Mitte April jedoch wieder Verschlimmerung, am 19. Eintritt von Wehen mit Wasserabfluss. Am folgenden Tage sollte wegen höchster Dyspnöe der Pat. die manuelle Erweiterung des Muttermundes vorgenommen werden, konnte jedoch nach zweistündiger Arbeit nicht zu Stande gebracht werden, weshalb davon abgestanden wurde. Neben den inneren Mitteln leisteten häufige Sinapismen gute Dienste, dass wenigstens keine dringende Erstickungsgefahr eintrat.

(Ueber den Ausgang ist Nichts berichtet.)

(Deutsche Klinik No. 48. 28. Nov. 1857.)

Schwegel: **Ein Frauenbecken mit einer massenhaften Knochenwuchrung des Schambeins und einer kleinern der Junctura lumbo-sacralis in der Conjugata vera.**

Die Person, von welcher das besagte Becken genommen wurde, war 70 Jahre alt, ledig, an Pneumonie gestorben; von syphilitischen Affectionen waren Spuren in der Inguinalgegend und an den Genitalien, ebenso Spuren vorausgegangner Geburten. An den Knochen des Skelets waren keine andern Knochenwuchrungen und Abnormitäten wahrnehmbar.

Am Körper und am absteigenden Aste des Schambeines dieses Beckens sass ein flachkonvexer, die ganze Höhe der Schamfuge einnehmender Knochentumor, welcher 10‴ hoch in die Conjugata vera des Beckeneinganges, 5‴ hoch in die Conjugata vera der Beckenweite und 4‴ in die der Beckenenge hineinragte, vom Beckeneingange gegen den Ausgang an Höhe abnehmend, in der Länge 1″ 1‴ und in der Breite 1″ 5‴ haltend. Diese Knochenwuchrung besteht aus einer äussern compacten weissen Lamelle und einer innern schwammigen Knochensubstanz und diese Schichten stehen in einem continuirlichen Zusammenhange mit den gleichnamigen Schichten des Schambeines. Gefässfurchen und Löcher sind an der glatten Oberfläche nicht zu erkennen. Die Verbindung der Schoossbeine ist nicht histiologisch verändert; die Verbindungslinie ist etwas verschoben und geht von vorn

rechts nach hinten links. Die hintere Wand der Schambeinverbindung wird brückenartig von der Knochenwuchrung bedeckt, welche 5‴ über die mediane Linie nach links ragt, ohne mit dem linkseitigen Schambeine knöchern vereint zu sein, und mit 10‴ Breite rechts aufsitzt. Die Conjugata des Einganges auf die Knochenwuchrung beträgt 3″ 2‴, mithin würde mit Hinzuzählung von 10‴ (der Höhe der Geschwulst) dieselbe eigentlich 4″ messen.

An dem 4. und 5. Lenden- und 1. Kreuzbeinwirbelkörper dieses Beckens kamen auch Knochenwuchrungen vor, jedoch sehr klein, 2‴ hoch. Vf. glaubt diese Knochenwuchrung am Schambeine, sowie die an der Wirbelsäule als durch eine unter dem Einflusse von Druck, Syphilis, Puerperium etc. unmerkbar einhergehende Knochen- und Beinhautentzündung entstanden ansehen zu müssen.

(Wiener medic. Wochenschr. 46. 14. Nov. 1857.)

Allen: Dystocie in Folge vollständiger Ossification des Fötusschädels.

Zu den seltneren Ursachen der Geburtsstörungen gehört jedenfalls die zu frühzeitige Ossification der Suturen des Fötusschädels, wodurch die nothwendige Verkleinerung der Kopfdurchmesser unmöglich wird. Einen Fall dieser Art beobachtete Vf., wo nach 12stündiger Geburtsdauer, bei kräftigen Wehen der Kopf nicht vorrückte, obgleich ein Hinderniss von Seiten des Beckens nicht aufgefunden werden konnte. Weder eine Fontanelle, noch eine Sutur des Fötuskopfes liess sich erkennen, weshalb die Porforation beschlossen wurde, die jedoch sehr schwer ausführbar war, da die Kopfknochen eine ungewöhnliche Festigkeit besassen. Nach der Perforation gelang die Ausziehung mittels der Zange. Die Autopsie zeigte den Schädel wie bei Erwachsenen und die Knochen von steinartiger Festigkeit.

(New-Orleans Medic. News and Hospit. Gaz. Marz 1857. Gaz. hébdom. 46. Nov. 1857.)

Bison: Anteversio uteri. — Metritis interna. — Linkseitige Hüft- und Ovarienschmerzen. — Symptomatische Neuralgie. — Nervöse Zufälle unter der Form von Hysterie.

Wie leicht krankhafte Zustände des Uterus das Auftreten hysterieähnlicher Symptome veranlassen, welche leicht für reine idiopathische Hysterie genommen werden können, zeigt folgender auf *Nonat's* Abtheilung beobachteter Fall: Ein junges Mädchen, von schwächlicher Constitution, nervösen Temperaments, verlor

in Folge eines heftigen Schreckes plötzlich ihre Menstruation und von dieser Zeit stellte sich ein starker weisser Fluss gleichzeitig mit heftigen Schmerzen im Verlauf der Intercostalnerven der linken Seite ein, die sich später nach dem Unterleib und der Hüfte derselben Seite hin verbreiteten. Hierzu gesellten sich alle Erscheinungen der Hysterie, in verschiedenen Intervallen auftretend. Die von Seiten des antevertirten Uterus entspringenden Symptome liessen eine Metritis interna im Verein mit Hysterie vermuthen. Der Verlauf der Krankheit zeigte jedoch, dass die Metritis die Hauptkrankheit sei, als deren Folge alle jene Phänomene auftraten, welche zusammengenommen leicht für idiopathische Hysterie gehalten werden konnten. Es trat nämlich stets vor und während den hysterieähnlichen Zufällen jener charakteristische Unterleibsschmerz ein, wodurch sich die symptomatische Hysterie von der idiopathischen unterscheidet.

Dies beweist auch der Erfolg der Behandlung, indem Cauterisationen mit dem Glüheisen über den Unterleib und der innern Seite des linken Schenkels sofort grosse Linderung hervorriefen und der noch zurückbleibende entzündliche Zustand durch Schröpfköpfe in die Nierengegend vollständig beseitigt wurde. Die Regeln kehrten hierauf zurück und der weisse Fluss verlor sich vollständig.

(Gaz. des Hôpit. 130. 5. Nov. 1857.)

Bison: Anteversion des Uteruskörpers. — Innere Metritis. Anschoppung des Uteruskörpers und Halses, sowie dessen Oberfläche. — Symptomatische Paralyse.

Dass krankhafte Affectionen des Uterus nicht allein auf die Sensibilitätsnerven, sondern auch auf die der Motilität rückwirken zeigt folgender auf *Nonat's* Abtheilung beobachteter Fall: Eine 39jährige Frau von guter Constitution, sanguinischen Temperaments, die seit dem 17. Jahre normal menstruirt war, hatte im 22. Jahre geboren, wonach sich Unterleibsbeschwerden und weisser Fluss einstellten. Diese Beschwerden vermehrten sich nach einigen Jahren so, dass sie ärztliche Hülfe suchen musste. *Lisfranc* constatirte im Jahre 1842 eine chronische Metritis, Anteversio uteri mit partiellen Anschoppungen des Körpers. Bei einer antiphlogistischen Behandlung und Aetzung des Halses mit Arg. nitr. ward nach 3 Monaten eine wesentliche Besserung erzielt, doch blieb Schweregefühl im Unterleibe, weisser Fluss und Schwäche des rechten Beines zurück. Im Jahre 1852 verschlimmerten sich diese Symptome in hohem Grade. *Cullerier* fand Anschwellung der beiden Muttermundslippen und Ulcerationen am Mutterhals und wendete das Glüheisen und Argent. nitr. an, wonach sich die Beschwerden steigerten und die Regeln ver-

schwanden. Beide Beine wurden schwächer und das Gehen sehr erschwert.

Als sie im März 1857 *Nonat's* Hülfe in Anspruch nahm, konnte sie nicht allein gehen, schleppte das rechte, ganz gelähmte Bein, während das linke zitterte und sie nur kurze Zeit auf sein konnte. Die Unterleibsbeschwerden waren heftig, der weisse Fluss sehr reichlich. Während der Menstruation zeigte sich ein Nachlass in den Schmerzen und der Lähmung der Beine. Es wurden die oben genannten Affectionen diagnosticirt. Durch kräftige Antiphlogose, wiederholte Aderlässe, Schröpfköpfe und Anwendung der Sonde wurden die Uterinleiden in so weit beseitigt, dass auch die Schwäche und Lähmung der Beine wich und die Kranke bei ihrem Abgange am 13. August gut gehen konnte und sich überhaupt in sehr befriedigendem Zustande befand. Vf. hält in solchen Fällen die Paralyse, die mitunter selbst die obern Extremitäten befällt, für eine Reflexaction.

(Gaz. des Hôpit. 117. 6. Oct. 1857.)

Miguérèz: Ruptur des Uterus während der Entbindung in Folge fast vollständiger Obliteration des Halses.

Eine Spanierin in Algier, welche bereits 4 Mal theils reife, theils zu frühe todte Kinder geboren hatte, fühlte im December 1845 wieder Wehen. Die Hebamme konnte jedoch den Mutterhals nicht finden und rief deshalb Vf. hinzu, der jedoch ebensowenig, selbst mit der ganzen Hand eingehend, denselben fühlen konnte und deshalb auf eine Obliteration schloss. Mittels des Speculum fand man einen leichten Eindruck, ähnlich einer Pockennarbe, den man für den obliterirten Muttermund halten musste. Im untern Drittheil nach rechts war der Uterus verdünnt und wie etwas gespalten, so dass man hier den Einriss desselben erwarten musste. Da seit mehreren Tagen keine Bewegungen gefühlt worden waren, entschloss man sich, das Weitere der Natur zu überlassen. Während des ganzen Tages dauerten die Wehen regelmässig und kräftig fort und gegen Abend hatte sich jene Stelle so verdünnt, dass jeden Augenblick die Ruptur erwartet werden konnte. Dieselbe erfolgte 5 Stunden später mit gleichzeitiger Ausstossung eines seit mehreren Tagen abgestorbenen Kindes. Der Einriss fand sich ungefähr 15 Mm. über den ziemlich dicken (5 Mm.) Mutterhals. Die Gebärende erholte sich trotz einer folgenden Metroperitonitis und nährte ein anderes Kind 15 Monate hindurch. Sie wurde zum 6. Male schwanger und gebar 6 Monate später ein todtes Kind, welches gewendet werden musste. Eine spätere Untersuchung durch das Speculum zeigte den Riss in den Mutterhals übergehend.

(Gaz. des Hôp. 131. 7. Nov. 1857.)

Clay: Ueber eine wichtige Form des bösartigen Erbrechens in den letzten Monaten der Schwangerschaft.

Die gegen das bösartige Erbrechen angewendeten Mittel sind bis jetzt mit noch sehr ungünstigen Erfolgen begleitet worden, weil dessen Ursachen nur unvollständig erkannt worden sind. Vf. lenkt deshalb die Aufmerksamkeit auf eine Ursache desselben, welche zu beobachten er 3 Mal Gelegenheit hatte. Es ist dies nämlich eine grosse Empfindlichkeit des Mutterhalses und Mundes in Folge eines entzündlichen Zustandes. Der geringste Reiz, der hierbei auf diese Theile einwirkt, erzeugt heftiges Erbrechen, welches nachlässt, sobald dieser Reiz wegfällt. Aus diesem Grunde lässt er die Schwangere eine solche Lage einnehmen, dass der Kindeskopf den Mutterhals nicht drücken kann und zur Beseitigung der Entzündung, wenn nöthig wiederholt, Blutegel appliciren. Dieses Verfahren bewährte sich in 3 angeführten Fällen als nützlich und wirksam.

(The Midland quarterly Journ. of the med. sc. Octbr. 1857. Gaz. Hébdom. 46. 13. Nov. 1857.)

Bernard: Die Injectionen von Kohlensäure bei Behandlung der Uterinaffectionen und die allgemeinen Störungen, welche daraus entspringen können.

Vf. hat in Bezug auf die Wirkung der Kohlensäureinjection bei schmerzhaften Uterinleiden, welche bekanntlich *Simpson* in neuerer Zeit wieder sehr lebhaft empfohlen hat, einige Versuche angestellt, welche ihm ein günstiges Resultat geliefert haben. Als für deren Erfolg am evidentesten sprechend hebt er acht Beobachtungen hervor und zwar vier von sehr schmerzhaftem und weit vorgeschrittenem Uteruskrebs und vier von schmerzhaften Congestivzuständen des Mutterhalses. Bei fast allen zeigte die Kohlensäure ihre anästhetische Kraft, ohne, mit Ausnahme eines einzigen Falles, irgend welche allgemeine Störungen hervorzurufen, die deren weitere Anwendung unthunlich gemacht hätten. Die Art der Application ist eine sehr einfache; in eine Flasche, durch deren Stöpsel ein biegsames Leitungsrohr geht, werden 25 Grammes doppelkohlens. Natron und 20 Gr. Kali bisulf. mit der nöthigen Menge Wasser geschüttet und sofort beginnt die Entwicklung der Kohlensäure, welche mittels des Rohres an die kranke Stelle geleitet wird. Auf diese Weise werden innerhalb 10—15 Minuten ungefähr 4 Liters Gas entwickelt.

Die erste Beobachtung spricht sehr zu Gunsten dieser Injectionen. Die Kranke zeigte krebsige Verschwärungen am Mutterhals, mit fötidem Ausfluss und sehr heftigen Schmerzen. Nach Anwendung der Kohlensäure schwanden nicht nur sehr schnell die Schmerzen, sondern es besserten sich auch auffallend die

Geschwüre, sowie das Allgemeinbefinden der Kranken, welche nach 2 Monaten als geheilt entlassen werden konnte, indem man am Mutterhals nur noch 2—3 rothe Excrescenzen fand, die ein verdächtiges Aussehen hatten.

Der zweite Fall zeigt einen ziemlich alten Uteruskrebs mit starken Blutungen, tiefgehenden Geschwüren des Mutterhalses, ohne dass der Körper und die Nachbarorgane mit ergriffen wären. Hier zeigte sich das Gas nur als ein schmerzstillendes Mittel, ohne dass es auf die übrigen Erscheinungen des Krebses einen Einfluss geäussert hätte. Im 3. Fall, eines ulcerirenden Mutterhalskrebses mit heftigen Schmerzen und Hämorrhagien, bewirkten die Injectionen im Anfange Unterdrückung des Ausflusses und Verminderung der Schmerzen; später jedoch traten Intoxicationserscheinungen auf und nach Wiederaufnahme der einige Zeit unterbrochnen Behandlung wirkten die Injectionen mehr verschlimmernd, so dass sie gänzlich ausgesetzt werden mussten.

Im 4. Fall endlich sehen wir einen sehr weit vorgeschrittnen Uteruskrebs mit sehr heftigen Schmerzen im Unterleibe, welche sehr schnell schon nach einigen Injectionen fast vollständig verschwinden. Die Krankheit selbst jedoch bleibt unverändert.

Die 5. Beobachtung betrifft eine entzündliche Anschoppung des Mutterhalses mit sehr heftigen Schmerzen. Hier äusserte die Kohlensäure zwar örtlich eine wohlthätige, schmerzlindernde Einwirkung, brachte jedoch allemal so starke Intoxicationserscheinungen (Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindel, Würgen und Somnolenz) hervor, dass von ihrer weitern Anwendung abgestanden werden musste.

Im 6., dem vorigen ähnlichen Falle, schwanden sehr bald die Schmerzen und die Anschwellung verminderte sich, ebenso traten jedoch auch Intoxicationserscheinungen auf.

Nicht minder traten im 7. Fall bei Anschwellung und Ulceration des Mutterhalses die Zeichen der Absorption des Gases ein, die Schmerzen jedoch schwanden, während die Geschwüre verblieben. Die Kranke blieb nur kurze Zeit in Behandlung.

8. Fall. Metritis, Anschwellung des Halses; hochgradige Schmerzen, gegen welche die verschiedensten Mittel ohne Erfolg angewendet werden, die sich jedoch nach der Anwendung des Gases fast unmittelbar vermindern.

Die anästhetische Wirkung des Gases hält nie lange an, es müssen deshalb die Injectionen des Tags öfter wiederholt werden. Sie tritt jedoch fast constant sehr bald ein. Bei der Einwirkung des Gases fühlen die Kranken erst eine wohlthätige Wärme in der Scheide, die sich bald über das ganze Becken verbreitet.

Was die allgemeinen Erscheinungen betrifft, so ähneln sie ganz einer beginnenden Asphyxie in Folge der Inspiration dieses Gases. Sie werden jedoch bedingt durch Absorption desselben durch die Schleimhaut des Uterus, schwinden gewöhnlich schnell

und werden bei wiederholten Injectionen schwächer. Nur in einem Falle konnten sie nicht fortgesetzt werden. Merkwürdig ist, dass sie nur bei denen auftraten, die an entzündlichen Anschwellungen des Halses litten, nie aber bei Krebskranken. In 2 Fällen wurde die bestehende Krankheit selbst mit vermindert, ein Mal eine Anschwellung des Mutterhalses, das andere Mal krebsige Geschwüre.

(Archives génér. de Méd. Nov. 1857. Gazette des hôpit. No. 143, 1857.)

Sautesson: Ein grosses, interstitielles Fibroid in der vordern Wand der Portio vaginalis uteri, exstirpirt mit *Chassaignac's* Ecraseur. Heilung.

Eine Dienstmagd aus Stockholm, 39 Jahre alt, die vor zwölf Jahren geboren und darauf bis zum August gesund gewesen, erlitt von dieser Zeit, ohne bekannte Ursachen, heftige Blutungen aus den Genitalien, die immer häufiger, zuletzt jede Woche wiederkehrten und dieselbe sehr entkräfteten. In der Zwischenzeit litt sie an Leucorrhöe. Zur Anämie gesellten sich Cardialgie und nervöse Erscheinungen und die Kranke wurde am 14. Jan. 1857 ins Krankenhaus aufgenommen. Die Untersuchung zeigte das Aussehen anämisch, gedunsen, nicht abgemagert. In der Regio hypogastr. ist keine Vergrösserung oder Auftreibung des Uterus zu entdecken. Von der Scheide aus findet man nach oben eine feste sphärische Geschwulst mit ebener und platter Fläche, ungefähr faustgross, ihrer Form und Beschaffenheit nach ähnlich einer sehr vergrösserten Portio vaginalis uteri. Der Muttermund war weder mit dem Finger, noch mit der Sonde zu fühlen. Diesen Verhältnissen nach musste die Geschwulst für eine interstitielle in der Substanz des Gebärmutterhalses gehalten werden, die jedenfalls durch eine Operation entfernt werden musste, um die Kranke am Leben zu erhalten.

Nachdem sie sich daher etwas von ihrer letzten Blutung am 13. Jan. erholt hatte, sollte am 20. eine Ligatur angelegt werden und zu diesem Behufe wurde versucht mittels einer starken Hakenzange die Geschwulst herabzuziehen, was auch während der Narkose vollständig gelang; bei eintretendem Erbrechen der Kranken trat der Tumor bis vor die Scham. Die Oberfläche war ziemlich hyperämisch, aber glatt und eben und die vordere Wand stand im innigen Zusammenhange mit dem Scheidengewölbe. An ihrer hintern Wand entdeckte man auch den Muttermund, als liniengrosse Querspalte, kaum für die Sonde durchgängig; Cervixkanal und Uterushöhle fand man normal lang, ohne irgend eine Abweichung. Es war also deutlich diese Geschwulst ein in der vordern Wand der Portio vaginalis uteri eingelagerter Tumor.

Um die breite Basis wurde nun die Kette des Ecraseurs gelegt und dieselbe schnell zugezogen. Nach 6 Minuten fiel die Geschwulst ab, ohne den geringsten Blutverlust. Dieselbe war faustgross, oberflächlich von Uterussubstanz überzogen, central zeigte sie alle Charaktere eines Corpus fibrosum uteri. Die Heilung erfolgte in normaler Weise, ohne allen Ausfluss aus der Scheide, innerhalb 6 Wochen vollständig.

(Medic. Zeitung Preuss. No. 48. 2. Decbr. 1857. Aus den Berichten der Distrikts-Aerzte an das Königl. Gesundheits-Colleg. zu Stockholm.)

Langenbeck: Ueber das Ecrasement linéaire.

In einem Vortrage in der *Hufeland*'schen Gesellschaft zu Berlin sprach sich *L.* im Allgemeinen günstig über *Chassaignac's* Ecraseur aus, bedauert aber, dass für Operationen an den weiblichen Geschlechtstheilen, besonders am Uterus das gerade Instrument sehr schwer anzulegen ist und ein mit einem rechtwinkligen Ansatze versehenes Instrument, was gute Dienste leisten würde, bis jetzt noch nicht construirt worden ist.

Die für das Instrument sich eignenden Fälle müssen sorgfältig ausgewählt werden und *Chassaignac* selbst schade seinem Instrumente durch die zu ausgedehnte Anwendung desselben. Unter den berichteten Fällen von *L.* beziehen sich 5 auf Krankheiten der Gebärmutter; 2 Polypen wurden mit bestem Erfolge ohne Blutung entfernt; 2 Mal wurde das Collum uteri wegen Carcinoma abgenommen, was zwar sehr gut gelang, aber im zweiten Falle blieb ein carcinomatöser Rest zurück und die Kranke ging später an Blutungen zu Grunde; in einem dritten Falle von Carcinoma wurde eine schwammige Parthie abgetrennt, der Rest wucherte aber bedeutend, weshalb die Operation wiederholt wurde. Das Scheidengewölbe wurde zuvor abgelöst und dann erst das Ecrasement vorgenommen. Es entstand hier eine starke Blutung und eine Peritonitis, welche zur Zeit noch nicht ganz gehoben war.

(Allgem. med. Centralz. No. 9, 1858.)

Houel: Die Verwachsungen der Placenta oder Eihäute mit einzelnen Theilen des Fötus.

Die Verwachsungen der Placenta oder Eihäute sind bisher besonders mit 2 Stellen des Fötus, mit dem Kopfe und dem Bauche beobachtet worden und stets gaben wohl Verbildungen des Fötus den Anlass dazu. Die Verwachsungen mit dem Schädel sind im Ganzen die häufigeren, wenngleich diese Zufälle überhaupt sehr

selten beobachtet worden sind. Im Musée Dupuytren zu Paris befinden sich folgende 4 hierhergehörige Präparate: 1) die Schwangerschaft der Mutter war ohne Störung verlaufen, ausser dass sie im 7. Monate durch eine Feuersbrunst heftig erschreckt wurde. Am Fötus, der in der Mitte des 9. Monates geboren wurde, findet sich Spaltung der Brust und des Bauches mit Ektopie des Herzens und der Baucheingeweide, am Kopfe ist das linke Auge unvollkommen entwickelt, die Lippe gespalten und der ganze Schädel gespalten und offen; sämmtliche Schädelknochen fehlen und das Gehirn liegt frei, rechts zwar von der normalen Kopfschwarte bedeckt, während links auch diese fehlt und hier wie mit einem scharfen Messer abgeschnitten erscheint; aus dieser Oeffnung ragt das Gehirn heraus, von seinen Häuten bedeckt. Diese Häute sind an zahlreichen Stellen mit der Placenta verwachsen, besonders nach vornehin, wo einige Placentalappen ganz fest aufsitzen; der Nabelstrang ist sehr kurz. Ausserdem hat die linke Hand nur einen Finger und der rechte Fuss ist Klumpfuss; — 2) der ausgetragene Fötus hat eine deutliche Verkrümmung der unteren Brustwirbel, nach links ausgebogen, so dass er wie zusammengeknickt aussieht, der Bauch ist gespalten und das Herz und fast alle Baucheingeweide sind nach links heraus gedrängt. Der obere Theil des Schädels fehlt fast ganz; der Nabelstrang entspringt aus der rechten Seite des Bauches, hat die normale Dicke, aber nur die Länge von 15 Centim.; er geht schräg über Bauch und Thorax nach der linken Schädelseite und ist dort ausgedehnt und fest mit den Hirnhäuten verwachsen; dicht über dem Kopfe liegt die grosse aber regelmässige Placenta; — 3) ein Knabe aus dem 8. Monate; die unteren Brustwirbel sind von hinten links nach vorn und rechts ausgebogen; der Bauch ist gespalten und die Baucheingeweide sind nach rechts und vorn aus der Spalte hervorgedrängt; die Schädelknochen fehlen, ebenso das Gehirn und die Placenta ist mit der freiliegenden Basis cranii verwachsen, der Nabelstrang ist kurz; der rechte Arm fehlt ganz, der rechte Fuss endet in der Mitte der Wade mit einem Stumpfe, wie amputirt; — 4) der Fötus ist in den Brustwirbeln verkrümmt und der Bauch nach links herausgeschoben; der Bauch ist gespalten und das Herz im Pericardium, sowie sämmtliche Baucheingeweide hängen frei aus der Spalte heraus; das Schädeldach fehlt zum grössten Theile, ist fast nur aus dünnen Häuten gebildet, an welche die Placenta in ihrem ganzen Umfange angewachsen ist; der Nabelstrang ist nur 15 Centimeter lang und geht schräg von der linken Seite des Kopfes zur rechten des Bauches; der linke Arm fehlt, dagegen findet sich in der Höhe des Nabels am Bauche ein Rudiment desselben, der rechte Fuss ist schlecht entwickelt und Klumpfuss. —

Es sind bisher über obige Missbildungen wenige wissenschaftliche Bearbeitungen geliefert worden und in geburtshülflichen

Werken werden sie kaum erwähnt. *Geoffroy Saint-Hilaire* ist der Ansicht (Archives générales de méd. 1827, tome XIV, p. 392), dass alle Ektopien der Eingeweide von Verwachsungen mit Fruchttheilen herrühren und ausserdem, dass stets eine gewaltsame Einwirkung auf den schwangeren Uterus vorausgehe, wodurch zunächst am Fötus eine leichte Zerreissung eines Gewebes entstehe, welche zur Verwachsung mit den Fruchttheilen führe (Traité de tératologie t. III, p. 521). Beide Behauptungen gehen entschieden zu weit und sind mehr Hypothesen. *Meckel* betrachtet die Verwachsung als die Ursache der Monstrosität. *Houel* glaubt, dass nach geschehener Verwachsung der Placenta mit dem Schädel durch die Kürze der Nabelschnur die Hernie des Bauches hervorgebracht werde, er nimmt also eine rein mechanische Einwirkung an. Der kurze Nabelstrang hält den Fötus stets in der Nähe seiner Häute, die mehr weniger starken Züge bewirken eine Verkrümmung der Wirbelsäule und durch diese werden die Eingeweide nach vorn und aussen gedrängt. Damit soll aber nicht behauptet sein, dass die Entstehung nicht auch noch auf andere Weise geschehen könne. Der Schädelbruch und die Verwachsung des Kopfes mit der Placenta oder den Häuten scheint *Houel* auch nur eine Folge der Kürze der Nabelschnur zu sein, welche diese Theile in Berührung bringt.

(Gaz. méd. de Paris No. 3, 1858.)

Domerc: Krampfhafte Strictur des Muttermundes bis zu Ende der Geburt.

Bei einer 23jährigen, sonst gesunden Erstgebärenden blieb der Muttermund uneröffnet, trotzdem, dass allmälig der in erster Schädelstellung vorliegende Kopf bis tief in das Becken und schliesslich, vom unteren Uterinabschnitte, wie mit einer Kappe bedeckt, bis zwischen die Schamlippen eingetrieben war. Nachdem die Hebamme lange diesen Zustand beobachtet und zuletzt die Blase gesprengt hatte, in der Hoffnung, dass der Wasserfluss einen günstigen Einfluss auf die Eröffnung des Muttermundes ausüben werde, wurde *D.* hinzugerufen. Er fand den oben beschriebenen Zustand, den Muttermund in der Grösse eines Groschens, die Ränder fein und dünn, aber fest gespannt. Es wurde zur blutigen Erweiterung geschritten und nachdem mit der Scheere nur erst nach der rechten Seite etwa 4 Centim. tief ein Einschnitt gemacht worden war, erweiterte sich sogleich die Oeffnung nach allen Seiten so weit, dass der Kopf bequem hätte durchtreten können, wenn eine kräftige Wehe aufgetreten wäre. Diese liess jedoch auf sich warten, weshalb die Zange zu Hülfe genommen und mit Leichtigkeit ein kräftig lebendes Kind hervorgehoben wurde. — Im Wochenbette pflegte sich die Wöchnerin

leider nicht genügend und behielt einen Vorfall der Gebärmutter zurück, gegen welchen schliesslich ein Pessarium eingebracht wurde. —

(Gaz. des hôpitaux No. 141, 1857).

Domerc: Placenta von Drillingen.

Das erste Kind wurde im 8. Monate in normaler Weise lebend geboren und ihm folgte nach 15 Minuten seine Placenta. Dann stellte sich ein zweites Kind, dessen Blase bald sprang und etwa 10 Minuten nachher wurde es geboren. Eine für dieses und das dritte Kind gemeinsame Placenta zog nun letzteres in unverletzten Häuten nach sich. Das erste der drei Kinder war zwar klein, schwächlich und hatte dünne Kopfknochen, schrie aber sehr kräftig im Verhältniss zu seiner Grösse. Auf der Placenta der beiden letzten Kinder lagen mehrere alte dicke Blutklumpen, die sich schon lange vor der Geburt gebildet zu haben schienen. Die Kinder waren, ihrer Entwicklung nach, aus dem Anfange des 4. Monates der Schwangerschaft und boten die Erscheinungen eines langen Verweilens in einer Flüssigkeit, welche sie macerirt hatte. Die Nachgeburtstheile derselben waren in Placenta und Chorion gemeinsam, dagegen hatten beide ihr Amnion. Verf. schliesst daraus, dass sie aus einem Ei mit 2 Keimen entstanden seien. Ein Schreck der Schwangeren im Anfange des 4. Monates wird als wahrscheinliche Ursache des Todes der beiden Fötus angegeben.

(Gaz. des hôpitaux No. 2, 1858.)

Dunal: Einfluss der Syphilis auf den Verlauf der Schwangerschaft.

Die in dieser Beziehung von *D.* gemachten Erfahrungen stützen sich auf 42 Beobachtungen syphilitischer Frauen, die im Hospital zu Montpellier entbunden wurden. Diese zerfallen in vier Serien: 1) Solche, die rechtzeitig lebende Kinder gebaren; 2) die zu frühzeitig lebende Kinder gebaren; 3) die rechtzeitig todte Kinder gebaren und 4) solche, die abortirten und deren zu früh geborene Kinder todt waren. Die erste Serie umfasst 27 Frauen. Diese waren jedoch nur von der primitiven Form der Syphilis befallen, oder sie waren mit Erfolg durch Mercur behandelt worden.

Die zweite Serie zählt 3 Frauen mit constitutioneller Syphilis, deren Kinder jedoch bald wieder starben. Ein Kind zeigte keine Spuren von Syphilis, das andere war mit Pemphigus und das dritte mit wirklicher Syphilis behaftet.

Zur dritten Kategorie gehören 4 Frauen mit constitutioneller Syphilis, von deren Kindern nur eins mit Pemphigus behaftet war.

Die vierte Serie endlich bilden 8 Frauen mit constitutioneller Syphilis, bei denen jedoch auch noch andere Gelegenheitsursachen für den Abortus constatirt werden konnten.

Hieraus folgt demnach, dass die constitutionelle Syphilis stets für den Fötus sehr gefährlich ist.

D. glaubt aus diesen Beobachtungen auch schliessen zu können, dass der Tod des Fötus mehr Ursache sei der Unterbrechung der Schwangerschaft, als die Krankheit der Mutter.

Ferner zeigen diese Beobachtungen, dass die Kinder nicht oft die Spuren der Affection an sich tragen und nur selten Veränderungen der Leber, Lungen und Thymus nachgewiesen werden können. Bei 16 Autopsien fand *D.* nur ein Mal bei einem der 8 mit Pemphigus behafteten Fötus Alterationen der Lungen, und nur ein Mal solche der Leber.

Hierauf theilt *D.* seine Beobachtungen über den Einfluss der mercuriellen Behandlung Schwangerer auf den Fötus mit, wodurch er zu dem Resultate gelangt, dass diese specifische Behandlung der Syphilis durchaus nicht zu fürchten sei, indem sie vielmehr einen heilsamen Einfluss auf das Fortbestehen der Schwangerschaft und die Erhaltung des Fötus ausübe, wenn sie nur zur rechten Zeit angefangen wird, bevor durch die syphilitische Diathese das Leben des Kindes vernichtet oder untergraben sei. Denn von jenen 27 Frauen der ersten Serie waren nur 5 nicht dieser Behandlung unterworfen worden und von diesen bekam ein Kind eine purulente Ophthalmie, wurde jedoch geheilt entlassen; das Kind einer zweiten zeigte später Symptome von Syphilis; die dritte gebar ein syphilitisches Kind, das zwei Tage nach der Geburt starb; das der vierten lebte 2 Monate und das fünfte endlich wurde später, wie die Mutter mercuriell behandelt. Die 22 andern mit Mercur behandelten Mütter gebaren gesunde Kinder, welche Thatsache gewiss am besten gegen die bis jetzt herrschende Meinung spricht, als würde durch die Mercurialbehandlung der Tod des Fötus und der Abortus bedingt.

Hierzu werden noch einige andere schlagende Beispiele angeführt, welche beweisen, dass selbst durch die kräftigsten Dosen von Mercur die Schwangerschaft nicht gestört, vielmehr Gesundheit für beide Theile erzielt wurde.

(Gaz. des hôpitaux No. 119, 10. Oct. u. No. 122. 17. Oct. 1857.)

XXX.

Literatur.

The Dublin Practice of Midwifery; by *Henry Maunsell*, M. D. London 1856. New edition. 272 S. in 16.

The Complete Handbook of Obstetric Surgery etc. By *Charles Clay*. M. D. London 1856. 290 S. in 16.

Manuel pratique de l'art des accouchements, avec figures. Par *L. Hyernaux*. Bruxelles 1857. 359 S. in 16.

Wenn wir die genannten Bücher mit wenigen Worten hier erwähnen, so geschieht es nicht ihres Werthes und ihrer Bedeutung in der Wissenschaft halber, sondern weil sich aus einer Durchmusterung derselben die Stellung der Geburtshülfe in England und Frankreich (denn was für Belgien gilt, gilt wohl auch für Frankreich) so recht erkennen lässt. Schon deshalb werden dem sich hierfür Interessirenden die Bücher von Nutzen sein, denn sie zeigen, wie sehr zurück das Fach in jenen Ländern im Verhältniss zu Deutschland ist.

Maunsell's Werk ist ein ganz kurzes Compendium für Studirende. Der Verf. sucht Gründe für die Veröffentlichung desselben, und obgleich er zugiebt, dass England genug gute Lehrbücher der Geburtshülfe besitzt, so sind sie doch alle zu gross oder zu theuer, um den Studirenden in das Kreisszimmer begleiten zu können, und, das ist ihr Hauptfehler, sie nehmen zu wenig Rücksicht auf die Grundsätze der Dubliner Schule. Diesen ist vom Verf. in seinem Werke nun auch genügend Rechnung getragen. Dass es dadurch nicht gewonnen hat, wird Jeder leicht einsehen, der weiss, dass wo die Dubliner Schule von den in England gangbaren Lehren abweicht, diese Abweichungen in den Regeln nur Rückschritte sind. Gewiss ist der Umstand, dass der Verf. für die Praxis schreiben wollte, keine Entschuldigung dafür, dass er die Physiologie des Fortpflanzungsgeschäftes so arg vernachlässigt hat. Am besten aber erkennt man die Dubliner Grundsätze in dem operativen und therapeutischen Theile. Die Zangenoperation ist auf ein paar kleinen Seiten, die künstliche Frühgeburt mit wenigen Zeilen abgefertigt, wofür Hebel und Perforation desto mehr Platz einnehmen. Ueberall das blutige Handwerk! Ein guter Abriss über den Chloroformgebrauch (der von dem bekannten Prof. *Beatty* in Dublin herrührt) ist dem Buche angehängt.

Clay schrieb gleichsam ein alphabetisches Wörterbuch der gesammten geburtshülflichen und gynäkologischen Operationen,

von den einfachsten, wie dem Abnabeln und Katheterisiren, bis zu den bedeutendsten, dem Kaiserschnitte und der Ovariotomie. Er wollte durch eine kurze Aufzählung der Umstände, unter denen eine Operation indicirt sein kann, ihrer Folgen und eine gedrängte Beschreibung ihrer Ausführung dem Praktiker und dem Lernenden ein Leiter sein, damit derselbe in dringenden Augenblicken („in every emergency") sich Raths erholen könne, und nicht nöthig habe, dickleibige Bücher in der Eile nachzuschlagen, um schliesslich doch in Ungewissheit über das einzuschlagende Verfahren zu bleiben. — Ein solcher Zweck ist aber ein durchaus verfehlter. Denn wer nichts von den betreffenden Dingen weiss, wird sie aus einigen wenigen Notizen nicht lernen, und wer sie kennt, dem nützen diese nichts. Es ist ja förmlich lächerlich, wollte Jemand, der eine Wendung machen will, erst in dem in der Tasche vorräthigen Buche sich über die Führung der Hand und das Ergreifen der Füsse instruiren! — Was in einem solchen Wörterbuche wie das vorliegende gesagt wird, weiss jeder Student, welcher eine Vorlesung über Geburtshülfe gehört hat. Vollständig verfehlt nun ist aber die Absicht des Verfassers, weil die von ihm gegebenen Regeln auch zu einer Repetition vollkommen unzureichend sind und von Unrichtigkeiten wimmeln.

Hyernaux Handbuch ist für Studenten und für Hebammen geschrieben; beiden soll es zur Einführung in die praktische Geburtshülfe dienen. Daher kommt es, dass Dinge darin enthalten sind, welche für die einen unverständlich oder für die anderen trivial sind. Im Ganzen ist das auch ein Auszug aus *Cazeaux'* und *Chailly's* Lehrbüchern, in welchen die Lehren der Brüsseler Geburtshelfer mit Vorliebe und grosser Weitläufigkeit aufgenommen sind. Es ist entschieden das beste von den drei im Titel genannten und enthält manches Lesenswerthe. Bei uns zu Lande würde man es nicht als ein Hebammenbuch gebrauchen können: in Frankreich, wo diesen Frauen ein viel grösserer Wirkungskreis zusteht, mag dies eher der Fall sein.

Alle drei Autoren suchen in den betreffenden Vorreden nach Gründen für die Veröffentlichung. Wir können keinen andern finden, als dass sie einmal entschlossen waren, mit ihren Büchern vor das Publikum zu treten, und das ist entschieden der beste Beweggrund zum Schreiben. Ob er aber stichhaltig und triftig genug ist, kann nur der Leser jedes Mal entscheiden; für die vorliegenden Fälle können wir ihn nicht dafür halten.

Göttingen. *Spiegelberg.*

XXXI.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin.

Sitzung vom 9. März 1858.

Herr *Virchow* theilte der Gesellschaft die Resultate seiner Studien über die in der Charité vorgekommenen Puerperalerkrankungen mit.

Die Beobachtungen umfassen den Zeitraum vom Herbste 1856 an bis jetzt. In diesen 18 Monaten kamen 83 Todesfälle im Puerperium vor, von denen jedoch ein nicht geringer Theil der Section entzogen wurde. Wenn es auch nicht schwer ist, ein gruppenweises Auftreten der Erkrankungen festzustellen, so kann man doch nicht von begränzten Epidemien sprechen, da leider die Charité im Verlaufe der genannten Zeit fast beständig einzelne Fälle von Puerperalfieber aufzuweisen hatte, und jeder Monat sein Contingent an Todesfällen lieferte. Indess zeichnen sich die beiden Wintersemester durch grössere Zahlen von Todten aus und unter diesen namentlich der Winter 1857—1858, wo der November mit 20 Todesfällen als der gefährlichste Monat der Höhe der Epidemie zu entsprechen scheint. Auch hier bestätigte sich die schon in der Sitzung vom 9. März 1847 bei Gelegenheit der Epidemie von 1846—47 von dem Vortragenden hervorgehobene Thatsache von der grösseren Prävalenz des Puerperalfiebers im Winter. (Vgl. dessen Gesamm. Abhandl. S. 778.) Man sieht also, dass das Puerperalfieber nicht den Wundfiebern an die Seite zu stellen ist, da diese gegentheilig in

den Sommermonaten ihre Höhe erreichen, und möchte der Grund vielleicht darin zu suchen sein, dass die Wochensäle, in dem Bestreben jede Erkältung zu vermeiden, zu ängstlich geschlossen gehalten werden, und somit einen geeigneten Boden für die Ansammlung eines intensiveren Miasmas bilden.

Fast in allen Fällen ergab die Obduction einen materiellen Nachweis als Heerd der Gesammterscheinungen. Nur 2 Fälle erinnerten an die acute Pyämie *Engels* dadurch, dass trotz sehr intensiver Erkrankung bei der Section nur sehr geringe Localaffectionen nachgewiesen werden konnten; da aber gerade diese beiden Fälle zu einer Zeit vorkamen, wo die Epidemie nicht auf ihrer Höhe stand, und da ferner in beiden Fällen schon vor der Entbindung Störungen vorhanden waren, die auf ein Ergriffensein der Nervencentren deuteten, so können auch sie nicht zur Stütze der Ansicht benutzt werden, dass die Intensität der Blutveränderung die Schnelligkeit des Todes bedingte, vielmehr erscheint es viel wahrscheinlicher, dass in den Nervencentren eine besondere Prädisposition bestand, welche auch bei geringer Störung die Gefahr bedeutend steigerte.

In allen anderen Fällen ergab die Section gröbere materielle Veränderungen. Auf der Höhe der Epidemie hauptsächlich Erscheinungen der Peritonitis, doch zeigten viele Sectionen abweichende Resultate, von denen wir die interessanteren hier hervorheben.

Eine der auffallendsten Erscheinungen war das öftere Vorkommen von frischer Endocarditis, die den materiellen Befund zu deutlichen Symptomen des Puerperalfiebers abgab. Die Entzündung des inneren Herzens hatte meist zur Erkrankung der Mitralklappe geführt, abgerissene Partikelchen derselben waren (in 2 Fällen) in den Kreislauf mit fortgeführt worden, und hatten an verschiedenen Stellen Verstopfung der Capillaren und begränzte Entzündungsheerde gebildet, die, beim Puerperalfieber von jeher als metastatische beschrieben und meist als pyämische gedeutet, durch den Zusammenhang mit der Erkrankung des Herzens einen anderen Gesichtspunkt gewinnen, und mit der von *Virchow* früher beschriebenen capillären Embolie zusammenfallen.

Der folgende Fall glich zum Verwechseln einem früher von ihm mitgetheilten (Gesammelte Abhandl. S. 711):

Eine kräftige 34jährige Arbeiterfrau, die 6 Mal leicht geboren hatte, wurde am 4. November 1857 zum 7. Male entbunden. Die beiden ersten Tage verliefen gut, leichte Schmerzen im Leibe und den varicösen Schenkeln abgerechnet; die Lochien normal, Puls regelmässig. Am 3. Tage Frost, der sich später noch mehrmals wiederholte. Während der Leib weich und unschmerzhaft blieb, entzündeten sich die Varicen an den Schenkeln (was indess in früheren Wochenbetten öfters vorgekommen war), der Puls stieg schnell auf 120, wurde unregelmässig und intermittirend. Am 8. Tage neuer heftiger Schüttelfrost; am 9. Tage begann das rechte Auge zu thränen und wurde empfindlich, am 11. schwoll die rechte Parotis an, am 12. das linke Auge und es traten Delirien ein und am 14. Tage starb die Frau.

Bei der Section fand sich der Geschlechtsapparat fast ganz normal. Die varicösen Venen der Schenkel waren mit Thromben erfüllt, die indess einen isolirten Entzündungsheerd bildeten, und sich nicht bis in die Bauchhöhle erstreckten. Bei der Untersuchung des Herzens zeigte sich die Mitralis malacisch ulcerirt. Diese Veränderung, die auf den ersten Blick an blosse Auflagerungen von Faserstoff erinnerte, war doch wesentlich anderer Natur: durch Wucherung der Gewebszellen erhält die Klappe zuerst ein gequollenes, gallertartiges Ansehn, wird später undurchsichtig, rauh, brüchig und endlich durch feine Risse zerklüftet; der Blutstrom reisst von dieser weichen, zerspaltenen Masse kleine Partikelchen ab, und giebt ihr so ein ulcerirtes Ansehn.

Ausgehend von dieser Entzündung fanden sich nun in den verschiedensten Theilen Metastasen, hervorgerufen durch Verstopfung kleiner Arterien. Alle Heerde stimmten darin überein, dass sie von einer Arterie durchsetzt wurden, in der sich die Residuen der malacischen Herzklappen vorfanden. Selbst in weiter Entfernung vom Herzen liess sich durch ihre chemische Reaction deutlich ihr Ursprung nachweisen, da Faserstoffthromben mit Kalilauge übergossen durchscheinend werden und sich theilweise lösen, diese Fragmente indess ebenso wie die entarteten Herzklappen selbst vollständig unverändert blieben.

Solche Heerde fanden sich im Herzfleisch, in den Nieren,

in der Milz und Leber und in beiden Augen. Ihr Sitz war in diesem letzten Falle in Retina und Chorioidea, doch hatte sich consecutiv eine weit verbreitete Entzündung des inneren Auges ausgebildet. Derselbe Process wiederholte sich in der Bauchhöhle, bei deren Eröffnung es von vorn herein auffällig war, dass die Erscheinungen einer Peritonitis auf den oberen Theil des Unterleibes beschränkt waren, der Uterus hingegen vollständig intact erschien. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich ein grosser keilförmiger Erweichungsheerd mit Nekrose und Perforation der Kapsel an der Milz als Ausgangspunkt der Peritonitis epigastrica und hypochondriaca.

Man sieht also aus diesem Sectionsergebniss, dass bei völlig gesundem Uterus die Erscheinungen des Puerperalfiebers lediglich von der Erkrankung des Herzens herrührten. Der Umstand, dass sich ein ähnlicher Sectionsbefund in 4 Fällen vorfand, und in einem Falle der plötzliche Tod durch Malacie des ganzen Herzens veranlasst war, bestimmt Herrn *Virchow*, diese Herzerkrankung als puerperale anzusehn und bei metastatischen Processen im Kindbettfieber die Aufmerksamkeit auf das Verhalten des Herzens zu lenken, zumal wenn die Affection des Unterleibes weder die Höhe der Allgemeinerkrankung noch die Schnelle des Pulses erklärt. An diese Fälle schloss der Vortragende die Mittheilung eines sehr interessanten Falles vom Hemiplegie im Puerperium:

Eine 24jährige Handarbeiterin war 10 Tage nach einer Zangenentbindung, bei der sie viel Blut verloren hatte, mit einer Lähmung der linken Seite in die Charité aufgenommen worden, in einem Zustande äusserster Erschöpfung, in dem sie schon nach 2 Tagen starb. Die Autopsie ergab ausser einer Thrombosis placentaris und pampiniformis eine ausgedehnte Thrombose der Venae arachnoideae auf der rechten Grosshirnhemisphäre mit Fortpflanzung in den Sinus longitudinalis. Entsprechend dieser Verstopfung war ein grosser Theil des Gehirns ödematös und mit punktirten Ecchymosen durchsetzt. Die Thrombosis arachnoidealis erscheint in diesem Falle als Folge der Anämie und der durch dieselbe gesetzten Schwäche.

Wie schon vorher erwähnt, charakterisirte sich die Höhe der Epidemie durch Erscheinungen der Peritonitis. In den

meisten Fällen war die Entzündung auf die Unterleibshöhle beschränkt und zeigte keine Metastasen. Nach dem Verhalten der Entzündungsproducte liessen sich indess zwei wesentlich von einander verschiedene Formen nachweisen. Die erste, als rein oberflächliche Peritonitis, beschränkt ihre Producte auf die Oberfläche und giebt theils plastisches, theils eitriges Exsudat. Die zweite bösartige Form zeigt den diphtheritischen Charakter und erstreckt ihre Producte bis in das unterliegende Bindegewebe, welches bei weiterem Fortschritte des Processes zu Grunde geht, und ein Gemenge von Detritus und Eiter bildet (Vergl. Gesammelte Abh. S. 702). Es ist dies derselbe diphtheritische Process, welcher so oft die Innenfläche des Uterus befällt, wo er sich namentlich auf der Placentarstelle am ergiebigsten entwickelt. Das Uterusgewebe selbst war nur in einem Falle Sitz der Entzündung, freilich einer so intensiven Entzündung, dass sie eine weitverbreitete brandige Zerstörung desselben herbeigeführt hatte. Häufiger fanden sich Entzündungen der Eierstöcke, die ebenfalls in 2 verschiedenen Formen auftraten: entweder als oberflächliche Hyperämien mit Abscessbildung in einem oder mehreren Follikeln, die zu Rupturen und consecutiver Peritonitis Veranlassung geben können, oder als diffuse Entzündungen des Parenchyms, die zu bedeutenden Anschwellungen des Organs und zur Erweichung führen.

Zu anderen Zeiten herrschten mehr die Venenentzündungen; hier fehlten fast nie Metastasen, die als Erscheinungen der Embolie aufgefasst, eine natürliche Erklärung finden. Lymphgefässaffectionen, die namentlich in letzterer Zeit häufiger vorkamen, setzen fast nie Metastasen, was auch durch ihr anatomisches Verhalten leicht zu erklären ist, da fast alle Lymphgefässe ihren Lauf durch Drüsen hindurch nehmen, in denen gröbere Partikelchen aufgehalten werden, und wohl zu Drüsenentzündungen, nicht aber zu Gefässthrombosen Veranlassung geben. Diese Veränderungen kommen fast immer bei Dammrissen und mechanischen Verletzungen der Scheide oder des Cervix uteri vor, sehr häufig complicirt mit ganz ausgedehnten brandigen Zerstörungen des Bindegewebes im kleinen Becken und der Fossa iliaca. Diese Phlegmone retroperitonealis kann einen erstaunlichen Umfang gewinnen. So sah Herr *Virchow* in Würzburg einen Fall, wo die Zerstörung

von den Geschlechtstheilen bis zum Zwerchfell hinaufstieg und eine Höhle bildete, in die man füglich den ganzen Arm hätte einführen können.

Sitzung vom 23. März 1858.

Herr *Ravoth* stellte einen 12jährigen Knaben vor mit angeborener Luxation beider Kniescheiben nach oben. Der schwächlich geborene Knabe hatte erst im 3. Jahre laufen gelernt, auch dann die Unterextremitäten immer in etwas flectirter Stellung gehalten, so dass er einer genaueren Untersuchung unterworfen worden, bei der sich schon damals das genannte Uebel herausstellte. Bei der heutigen Vorstellung ergab sich folgender Befund: Beide Kniescheiben waren durch Verlängerung der Lig. patellaria um $1^1/_2$ Zoll nach oben gerückt; man konnte deutlich die beiden Condylen der Tibia erkennen, über denen das Kniegelenk durch eine Grube angedeutet war. Trotzdem dass dieser Fall zu denen leichteren Grades gehört, so zeigten sich doch, wie gewöhnlich, secundäre Contracturen der Flexoren des Unterschenkels und der Achillessehne, die indess nicht so bedeutend waren, dass sie den Gebrauch der Beine wesentlich beeinträchtigt hätten, denn wenn auch etwas unbeholfen, vermochte der Knabe doch mit gestreckten Knieen zu stehen, sich ohne Unterstützung hinzubucken und wieder aufzurichten.

Herr Prof. *Litzmann* aus Kiel hielt darauf folgenden Vortrag:

Neue Beiträge zur Lehre von der Urämie der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.

Die bisher von mir und Anderen über diesen Gegenstand veröffentlichten Untersuchungen scheinen mir vollkommen den Schluss zu rechtfertigen, dass die Eclampsie der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, mit seltenen, in Zukunft vielleicht noch mehr zu beschränkenden Ausnahmen, ein Symptom der Urämie sei. Doch ist die Eclampsie nicht die einzige, wenngleich die häufigste Form der urämischen Intoxication. Denn die Urämie kann sich auch durch andere Störungen im Gebiete des Nervensystems, wie Amaurose, Coma, Manie, typhoides Fieber, ohne Eclampsie kund geben. Die gewöhn-

liche Ursache der Urämie in diesen Fällen ist eine Brightsche Erkrankung der Nieren, d. h. Exsudation eines eiweiss- und faserstoffhaltigen Fluidums in die Harnkanäle, wodurch die Ausscheidung der specifischen Harnbestandtheile, namentlich des Harnstoffs, gehemmt wird. Sie entsteht in der Mehrzahl der Fälle in den späteren Monaten der Schwangerschaft, durch eine Stauung des venösen Blutstromes in den Nieren, in Folge der Compression der Nierenvenenstämme durch den schwangeren Uterus. Mehrfache Analysen haben in dem mit Eiweiss und Faserstoffgerinnseln gesättigten Harne solcher Schwangeren eine oft sehr erhebliche Abnahme des Harnstoffs und meist auch der Harnsäure nachgewiesen. Doch bedarf es noch fortgesetzter sorgfältiger Untersuchungen, um das Verhältniss dieser Abnahme sowohl zu den übrigen Veränderungen des Harnes und dem Grade und der Ausbreitung der anatomischen Störungen in den Nieren, als zu dem Eintritt der urämischen Erscheinungen festzustellen. In den hier sich darbietenden Verschiedenheiten glaube ich mehr, als in individuellen Dispositionen des Nervensystems den Grund suchen zu müssen, weshalb dieselbe Krankheit bald zur Eclampsie führt, bald nicht. Die Gefahr der Urämie scheint weniger durch die Intensität und Dauer, als durch die Ausbreitung des krankhaften Processes in den Nieren bedingt zu sein. Man beobachtet Fälle von Eclampsie, wo der Harn bei mehr oder weniger beträchtlichem Eiweissgehalt durch das frische Aussehen der in ihm enthaltenen Gerinnsel, durch die unveränderte Beschaffenheit und die mangelnde Verfettung der sie bekleidenden Epithelien, eine längere Dauer der Krankheit und eingreifende Texturveränderungen ausschliesst, wo nachdem mit der Entleerung des Uterus die freie Circulation wieder hergestellt ist, binnen wenigen Tagen alle krankhaften Beimengungen aus dem Harne vollständig verschwinden, oder bei tödtlichem Ausgange die Autopsie in dem Gewebe der Nieren kaum merkliche, oft nur mit Hülfe des Mikroskops festzustellende Abweichungen nachweist. Dagegen kommen wieder Fälle von Brigthscher Krankheit bei Schwangeren vor, wo die beträchtliche Menge mit abgestossenem, in Verfettung oder selbst schon Zerfall begriffenem Drüsenepithel bedeckten Faserstoffcylinder in dem eiweissreichen Harne auf eine längere Dauer

und grössere Intensität des Krankheitsprocesses schliessen lässt, ohne dass irgend welche Symptome der Urämie sich zeigen. Es liegt nahe, dies entgegengesetzte Verhalten auf eine Verschiedenheit in den mechanischen Bedingungen des Venendruckes zurückzuführen, wie sie durch die jedesmalige Lagerung und Ausdehnung des Uterus und die Lagerung der Frucht in demselben gegeben sind. Durch sie kann in dem einem Falle ein Exsudativprocess hervorgerufen werden, der, obwohl von geringer Intensität, sich mehr oder weniger gleichmässig über beide Nieren verbreitet, während in einem anderen Falle eine Niere oder vielleicht nur ein Abschnitt einer Niere ausschliesslich, oder doch vorzugsweise leidet. In dem ersten Falle dürfen wir eine erheblichere Störung der Harnstoffausscheidung voraussetzen, als in dem letzten. Darin liegt aber, wie gesagt, die wesentliche und gefahrbringende Bedeutung dieser Erkrankung. Selbstverständlich können dann auch andere Kranheitsprocesse in den Nieren und in den Harnwegen überhaupt, wenn sie die Harnstoffausscheidung in gleicher Weise hemmen, eine urämische Intoxication erzeugen.

Ich will zunächst hier einen Fall mittheilen, welcher den Beweis liefert, dass bei anscheinend heftiger Erkrankung der Nieren in der Schwangerschaft dennoch die Ausscheidung des Harnstoffs nicht erheblich vermindert zu sein braucht, wodurch sich das Ausbleiben der urämischen Zufälle erklärt.

Eine 27jährige Erstgebärende von mittlerer Grösse, gut genährt, mit rothen Haaren, wurde am 2. August 1856 in die Gebäranstalt aufgenommen. Sie hatte, ihrer Angabe nach, im Januar zum letzten Male menstruirt und im Juni zuerst Kindesbewegungen gefühlt, jedoch seit 14 Tagen nicht mehr. Schon im Februar waren ihr die Füsse ödematös geschwollen. Seit etwa 8 Wochen hatte sich das Oedem, allmälig zunehmend, über beide Unter- und Oberschenkel verbreitet; öfters hatte sie auch, namentlich des Morgens, eine ödematöse Anschwellung des Gesichts und der Hände bemerkt, und seit 8 Tagen waren auch die Labia majora stark geschwollen. Die Urinsecretion hatte sichtlich abgenommen, während die Haut eine Neigung zu Schweissen verrieth. Dazu hatten sich häufige Kopfschmerzen in der Scheitelgegend mit vorübergehenden Anfällen von Blindheit und Ohrenklingen gesellt, an denen sie

aber schon vor ihrer Schwangerschaft gelitten haben wollte. Bei reiner Zunge und reinem Geschmack hatte sie wenig Appetit; Uebelkeit und Erbrechen fehlten, der Stuhlgang war etwas angehalten. Die Röthe des congestionirten Gesichtes stach gegen die Bleiche der übrigen Hautdecken ab, es war mit Schweiss bedeckt, der eine schwach saure Reaction zeigte. An der Innenfläche der enorm geschwollenen grossen Schamlippen hatte sich stellenweise die Epidermis gelöst. Die Nierengegend war empfindlich gegen Druck. Der von vielem Fruchtwasser ausgedehnte Uterus reichte mit seinem Grunde 3 bis 4 Fingerbreit über den Nabel hinauf, die Spannung seiner Wandungen hinderte mich, die Lage der Frucht zu erkennen, einen Fötalpuls konnte ich nirgends hören. Von Zeit zu Zeit contrahirte sich der Uterus und während dieser Contractionen fühlte ich deutlich die Bauchdecken über den Schambeinen etwa bis zur Höhe der Darmbeinkämme durch eine fluctuirende Flüssigkeitsschicht von dem erhärteten Uterus abgehoben. Der mit dem Katheter entleerte dunkelbraune und stark sauer reagirende Harn setzte beim Kochen eine grosse Menge Eiweiss ab und enthielt zahlreiche Eiterkörperchen und Faserstoffgerinnsel, die grösstentheils mit einem fettigen Detritus, einzelne noch mit verfettetem Drüsenepithel bedeckt waren. Am folgenden Morgen scarificirte ich die aufs Aeusserste gespannten und schmerzhaften Schamlippen, theils zum Behufe einer palliativen Linderung, theils um dadurch einen Anstoss zur Frühgeburt zu geben, da bei der anscheinend intensiven Erkrankung der Nieren und dem muthmasslichen Tode der Frucht ein Fortbestand der Schwangerschaft durchaus nicht wünschenswerth erschien. Aus den Wunden sickerte bis zum Abend eine grosse Menge Serums mit beträchtlicher Erleichteruug der Schwangeren aus. Damit stellten sich stärkere Wehen ein. Am 4. August hatte die Geschwulst der Schamlippen sehr abgenommen, an der Innenfläche der rechten aber waren die oberflächlichen Excoriationen in eine stark eiternde Geschwürsfläche zusammengeflossen. Die innere Untersuchung war deshalb sehr schmerzhaft; ich fand den Muttermund stark nach hinten abgewichen, etwas geöffnet und glaubte durch das Scheidengewölbe einen kleinen und weichen Kindeskopf über dem Beckeneingange zu fühlen. Die Kranke hatte gut geschlafen

und ass mit Appetit. Der Harn war in den letzten 24 Stunden nur mit dem Katheter entleert, die Gesammtmenge betrug 550 C. C. Nach der von meinem Collegen, Prof. *Panum*, gütigst angestellten Untersuchung war derselbe von saurer Reaction, hatte ein specifisches Gewicht von 1029 und enthielt an Harnstoff 24,2 Grammes (44 p. mille), an Kochsalz 1,65 Grammes (3 p. mille) und an Eiweiss 13,53 Grammes (24,6 p. mille). In dem alcoholischen Extract des aus den Scarificationswunden der Schamlippen abgeflossenen Serums konnten nach Behandlung mit Salpetersäure und Oxalsäure nur einzelne Krystalle von salpetersaurem resp. oxalsaurem Harnstoff durch das Mikroskop nachgewiesen werden. Bemerkenswerth ist noch, dass die Schwangere, die in den letzten Tagen oft an Nasenbluten gelitten hatte, am Abend eine ziemlich starke Blutung aus einer wundgekratzten Papel am Arme bekam. In der folgenden Nacht wurde sie mehrmals von Frösteln befallen, dem trockene Hitze folgte. Dazu grosse Unruhe, Kopfschmerz und Schwindel. Gegen Morgen traten öftere Anfälle eines gewaltsamen quälenden Aufstossens geschmackloser Luft mit Uebelkeiten, Druck und Schmerz im Epigastrium und tympanitischer Auftreibung der Oberbauchgegend ein. Nach einem solchen Anfalle verfiel sie jedesmal plötzlich in einen ruhigen und tiefen Schlaf. Der Puls war jetzt etwas beschleunigt (100), der Durst ziemlich lebhaft, die Haut trocken, der Kopf heiss, der Schmerz nahm, wie früher, die Scheitelgegend ein, dabei klagte sie über innerliches Heulen und Klopfen, das Sehvermögen war indess ungetrübt; die linke Schamlippe war stärker geschwollen, die Geschwulst heiss, fest, schmerzhaft; Urin wurde in reichlicher Menge gelassen (kalte Umschläge auf den Kopf, Fomentationen der Geschlechtstheile mit Chamillenthee, innerlich Solut. natr. acetic. c. Liq. c. c. succ. & Tinct. opii s.). Im Laufe des Nachmittags liessen die geschilderten Anfälle nach, die schwächer gewordenen Wehen verstärkten sich aufs Neue und damit wurde die Kranke ruhiger und ihr Aussehen freier und belebter. Die Auscultation war leider seit dem Resultat der ersten Untersuchung verabsäumt. Um 10 Uhr Abends floss eine ziemliche Menge Fruchtwassers ab und durch den etwa $1\frac{1}{2}''$ weit geöffneten Muttermund erkannte man den Steiss einer

anscheinend sehr kleinen Frucht vorliegend. Am 6. August, um 4 Uhr Morgens wurde ein lebender Knabe (3 Pfund, 17″) geboren, der Uterus blieb gross, man hörte deutlich den Herzschlag einer zweiten Frucht und bald trieben ein paar kräftige Wehen ein lebendes Mädchen (2¼ Pfund, 15″) in erster Schädellage sammt der gemeinsamen Placenta hervor. Die Blutung war gering. Das Wochenbett verlief ohne auffällige Störungen. Die Geschwüre der Schamlippen heilten, nachdem die unter dem Geburtsact sugillirten und nekrotisirten Partien sich abgestossen hatten, bei einer passenden örtlichen Behandlung auf dem Wege der Granulation. Aus den Brüsten sickerte nur eine sparsame wässerige Flüssigkeit aus (die Kinder wurden durch Löffelmilch bis zum 8. resp. 10. Tage erhalten); der reichlich secernirte Harn zeigte eine rasche Abnahme des Eiweissgehaltes. Am 30. August wurde die Kranke vollkommen hergestellt entlassen. In der folgenden Schwangerschaft (1857) kehrte das Nierenleiden nicht zurück.

Bisher war man genöthigt, diejenigen Fälle von Eclampsie, in welchen der Harn frei von Eiweiss gefunden war, als immerhin seltene Ausnahmen von der gewöhnlichen Entstehungsweise gelten zu lassen. Die folgende Beobachtung lehrt, dass dem nicht immer so ist und dass es, um in einem Falle die Unabhängigkeit der Eclampsie von einer urämischen Intoxication zu constatiren, nach anderer Beweismittel, als der mangelnden Beimengung von Eiweiss zum Harne bedarf.

Eine 28jährige Zweitgebärende, mittelgross, gut genährt, von blühender Gesichtsfarbe, war zwar in ihrer Kindheit rhachitisch gewesen und hatte erst im 4. Jahre gehen gelernt, dennoch waren, mit Ausnahme einer leichten scoliotischen Verbiegung der Wirbelsäule am Scelett und namentlich am Becken keine Spuren der früheren Krankheit zu entdecken. Sie hatte vor 4 Jahren in der Anstalt ein lebendes Mädchen in erster Schädellage natürlich geboren; der Harn war damals vor und unter der Geburt frei von Eiweiss gefunden. Nach ihrer Angabe waren die Regeln im Juni 1857 zum letzten Male erschienen; wann sie zuerst Kindesbewegungen gefühlt, wusste sie nicht zu sagen. Vom November ab hatte sie bei gutem Appetit und sonstigem Wohlbefinden sich häufig erbrechen müssen. Später hatten sich öfteres Kopfweh, zeit-

weise Schmerzen in der Lendengegend und häufiger Harndrang hinzugesellt. Oedematöse Anschwellungen waren niemals bemerkt. Bei der am 15. Februar 1858 angestellten Untersuchung zeigte sich der Uterus beträchtlich ausgedehnt, mit seinem Grunde eine Handbreit über den Nabel reichend, von normaler Lage und Gestalt, in kleinen Abschnitten deutlich fluctuirend. Der Fötalpuls war links deutlicher zu hören, als rechts. Oedeme waren nirgends vorhanden. Der mit dem Katheter entleerte Harn reagirte sauer und enthielt kein Eiweiss. Am Abend des 20. Februar erkrankte die Schwangere plötzlich mit lebhaftem Fieber. Die hervorstechenden Symptome an den folgenden Tagen waren: starkes Fieber, Puls 110 bis 120, trockene, etwas heisse Haut, wenig Schlaf, Kopfweh, beständige Uebelkeiten bei reiner und feuchter Zunge, heftige, stossweise Schmerzen in der Nierengegend und lebhafte Empfindlichkeit derselben gegen Druck, besonders auf der linken Seite, häufiger Drang zum Uriniren, der Harn sauer und frei von Eiweiss. Am Uterus waren zeitweise schwache Contractionen bemerkbar. Die Frucht schien ihre Lage geändert zu haben. Steiss und Extremitäten links im Grunde, Fötalpuls rechts. (Saturat. e Kali carbonic. parat.) Am 25. Februar zeigte der sehr saure und mit harnsauren Salzen überladene Urin eine geringe Beimengung von Eiweiss. Um Mittag wurden die Kopfschmerzen heftiger, fixirten sich auf dem Scheitel, die Kranke wurde betäubt, sprach irre, fuhr dann plötzlich mit einem Schrei zusammen, griff mit den Händen nach der Stirn, machte zischende Bewegungen mit dem Munde. Angeredet erwachte sie wie aus einem Traume, antwortete mit schwerer Stimme und sank dann wieder in ihre Betäubung zurück. Der Puls war sehr wechselnd, machte zwischen 90 und 156 Schlägen in der Minute, die Haut war kühl und trocken, nur die Temperatur des Kopfes ein wenig erhöht, das linke Auge weiter geöffnet, als das rechte, die Pupillen weit und träge, das Sehvermögen gestört, die Kranke sah wie durch einen schwarzen Schleier. Die linke Nierengegend war gegen Druck ausserordentlich empfindlich, der Schmerz strahlte von da aus abwärts an der Aussenseite des linken Schenkels, bisweilen auch aufwärts in den linken Arm. Der nach einer Unterbrechung von 10 Stunden zum ersten Male

wieder gelassene Harn reagirte schwach sauer und enthielt nur Spuren von Eiweiss. (Kalte Umschläge auf den Kopf, 10 blutige Schröpfköpfe in die Nierengegend, Citronenwasser.) Die Nacht brachte nur wenig Schlaf. Am 26. Febr. Morgens war der Zustand im Wesentlichen derselbe. Der Uterus liess zeitweise eine geringe Erhärtung wahrnehmen, ohne dass die Kranke Spuren von Wehenschmerz verrieth. Der Fötalpuls wurde in der rechten Unterbauchgegend, jedoch schwächer als an den vorhergehenden Tagen gehört, über dem rechten Schambeine fühlte ich deutlich den Kopf der Frucht, bei der inneren Untersuchung fand ich den Cervicalkanal kürzer und weicher, als Abends zuvor, der Kopf lag lose auf dem Beckeneingange, bisweilen erschien daneben eine Hand. Es wurden 10 Blutegel an den Kopf der Gebärenden gelegt. Gegen Abend wurde die Kranke ruhiger und schlief in der Nacht ein wenig. Am 27. Februar Morgens liess sich eine geringe Besserung nicht verkennen. Das Zusammenzucken hatte aufgehört, die Kopfschmerzen waren geringer, die Pupillen weniger weit, das Sehvermögen aber noch gestört. Die Uebelkeiten dauerten fort. Ein Druck auf die linke Nierengegend rief noch lebhaften Schmerz hervor. Der Puls machte 90 Schläge, die Haut war etwas feucht geworden. Die Geburt hatte keine Fortschritte gemacht. Die Menge des in 24 Stunden entleerten Harnes betrug nur 355 C. C. Mein College, Prof. *Panum*, hatte die Güte ihn auf meinen Wunsch zu untersuchen, er fand ihn von saurer Reaction, durch harnsaure Salze getrübt, von Eiweiss waren nur Spuren nachzuweisen. Nach der *Liebig*'schen Titrirmethode gaben 10 C. C., ohne Berücksichtigung des Kochsalzes, 250 Millegrammes Harnstoffs; die Gesammtmenge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnstoffs betrug daher nur 8,875 Grammes. Gegen Abend nahmen Kopfschmerz und Betäubung wieder zu, die Kranke zuckte häufig zusammen, griff mit den Händen nach dem Kopfe, dieser fühlte sich heisser an, die Pupillen waren weiter, der Puls auf 126 Schläge in der Minute gestiegen. Es wurden abermals 10 Blutegel an die Schläfen gesetzt und zur Beförderung der Geburt ein mit warmem Wasser gefüllter Kautschuktampon in die Scheide eingeführt. Um 10 Uhr Abends wurde die Kranke wieder ruhiger und die Besinnung kehrte zurück. Sie

schlief in der Nacht ein wenig mit Unterbrechungen und gegen Morgen begannen lebhafte Wehen sich einzustellen. Um 8 Uhr Morgens (28/2) fand ich den Gesichtsausdruck freier und lebhafter, der Kopfschmerz hatte nachgelassen und die Kranke wünschte die kalten Umschläge nicht mehr, das Sehvermögen war gebessert, die Frequenz des Pulses auf 114 Schläge in der Minute gesunken, die linke Nierengegend ungleich weniger empfindlich, der Uterus auch in den Wehenpausen leicht contrahirt, der Fötalpuls lauter und kräftiger, der Kopf tiefer in den Beckeneingang herabgetrieben. Die Menge des in 24 Stunden entleerten Harnes betrug zwar nur 303 C. C., der Gehalt an Harnstoff aber war auf 10,605 Grammes gestiegen; er enthielt etwas mehr harnsaure Salze und Eiweiss als gestern. Im Laufe des Tages schritt die Geburt langsam vor. Die Wehen kehrten in regelmässigen Zwischenräumen von 3 bis 5 Minuten wieder, der Cervicalkanal verkürzte sich mehr und mehr, der Kopf war in 2. Schädelstellung ins Becken eingetreten. Da die Scheide sich etwas empfindlich zeigte, so wurde am Nachmittage der Tampon entfernt und eine schwache Douche von lauwarmem Wasser angewandt. Mit dem Fortschritte der Geburt nahmen die Erscheinungen der Urämie stetig ab, die Kranke war bei voller Besinnung, klagte nicht mehr über Kopfschmerz, nur über fortdauernde Uebelkeiten und vage Schmerzen in den Gliedern, sie erkannte alle Gegenstände deutlich, die Pupillen hatten ihre normale Weite, Puls 130. Um 10 Uhr verfiel die Kranke in einen ruhigen Schlaf, der bis Mitternacht anhielt. Dann traten wieder Congestionen zum Kopfe auf, die aber nach der Anwendung kalter Umschläge sich bald verloren. Die Wehen waren schwächer geworden. Am 1. März Morgens kehrten sie mit neuer Stärke zurück. Die Kranke erbrach mehrmals unter denselben eine gallige Flüssigkeit von neutraler Reaction. Der Muttermund war bis auf $1\frac{1}{2}''$ erweitert, vollkommen scharfrandig und wurde während der Wehen durch die andrängende Fruchtblase stark gespannt. In den letzten 24 Stunden waren 408 C. C. Harn mit einem Gehalt von 15,096 Grammes Harnstoff ausgeschieden. In den übrigen Erscheinungen keine Veränderung, Puls 120. Unter immer kräftigeren Wehen erfolgte um $2\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags der Blasensprung und eine halbe Stunde später wurde ein

lebender Knabe von 6½ Pfd. Gewicht und 20″ Länge geboren. Die Placenta löste sich mit einem nicht unbeträchtlichen Blutabgange, der aber bald durch die spontanen Contractionen des Uterus gestillt wurde.

Das Kind hatte zwar sogleich lebhaft geschrieen, doch war der Hebamme schon sein livides Aussehen aufgefallen. Eine Stunde später fand ich es noch vollkommen cyanotisch, mit stöhnender Exspiration Schaum zwischen den Lippen. Am Abend hatte sich die Hautfarbe gebessert, es schluckte ein wenig Chamillenthee. Doch starb es noch in derselben Nacht, 12 Stunden alt.

Die Autopsie ergab 7 Stunden nach dem Tode: zahlreiche Todtenflecke, geringe Todtenstarre. Aus Nase und Mund fliesst eine mit Schaumblasen gemischte, blutig gefärbte Flüssigkeit. Hände und Füsse ein wenig ödematös. Das Bindegewebe zwischen Dura mater und Wirbelkanal stark sulzig infiltrirt und in der ganzen Länge mit Blutextravasaten durchsetzt, der Arachnoidealsack reichlich mit sanguinolenter Spinalflüssigkeit gefüllt, die feinen Rückenmarkshäute und das Mark selbst normal. Das Bindegebe der Calvaria, besonders auf dem Hinterscheitel leicht sulzig infiltrirt und mit kleinen Blutextravasaten durchsetzt; im Sinus longitud. sup. eine mässige Menge dunklen, spärlich geronnenen Blutes, die grossen Blutleiter an der Basis des Gehirns ziemlich stark mit dunklem Blute gefüllt; das Gehirn und seine Häute ödematös infiltrirt; auf der Oberfläche und an den Seitentheilen des Gehirns ein ziemlich beträchtliches Blutextravasat zwischen Arachnoidea und Pia mater; die Seitenventrikel mit sanguinolenter Flüssigkeit gefüllt, die Plexus choroidei blauroth. Das Herz und die grossen Gefässe der Brust beträchtlich mit dunklem Blute gefüllt, der Inhalt des Pericardiums normal, das Epicardium frei von Ecchymosen. Beide Pleurahöhlen voll von einem stark blutig gefärbten Serum; beide Lungen frei von peripherischen Ecchymosen, ziemlich blutreich, überall, wenn auch nicht gleichmässig, lufthaltig, das Parenchym derselben ödematös, die Bronchien und die Tracheen blass, mit schaumig schleimigem Serum erfüllt ohne fremdartige Beimengung. Die Thymus von gewönlicher Grösse, bleich, ohne Ecchymosen. Im Cavum abdominis einige Drachmen sanguinolenter Flüssigkeit.

Die Nabelgefässe nur spurenweise bluthaltig. Milz und Leber wenig blutreich, auf der letzteren eine peripherische erbsengrosse Sugillation. Das Peritonäum wenig bluthaltig. Der Oesophagus leer; im Magen fötaler Magenschleim durch Chamillenthee gefärbt. Die Schleimhaut des Darmkanales blass, der Inhalt normal. Die Nieren blutreich, in den Spitzen der Pyramiden rothbraungelber Harnsäure-Infarct. Die Harnblase leer.

Herr Prof. *Panum* hatte die Güte auf meinen Wunsch die blutigseröse Flüssigkeit aus den Pleurahöhlen einer chemischen Untersuchung zu unterwerfen und schrieb mir darüber Folgendes: „Die Flüssigkeit wurde mit absolutem Alcohol versetzt und abfiltrirt; das Filtrat, im Wasserbade abgedampft, wurde wieder von absolutem Alcohol aufgenommen. Nach abermaligem Abrauchen wurde Salpetersäure hinzugesetzt. Es bildeten sich nach einigem Stehen ziemlich zahlreiche Krystalle, deren Formen denen des salpetersauren Harnstoffs glichen. In Wasser gelöst und mit salpetersaurem Quecksilberoxyd versetzt, gaben dieselben einen weissen körnigen Niederschlag, der der Verbindung des Harnstoffs mit Salpetersäure und Quecksilberoxyd glich. Weitere Versuche, welche zur Constatirung des Harnstoffs wünschenswerth gewesen wären, konnten wegen der geringen Menge des Substrats nicht angestellt werden. Falls die Krystalle, die sich durch den Zusatz der Salpetersäure zur alcoholischen Lösung bildeten, salpetersaurer Harnstoff waren, was bei der Uebereinstimmung der Formen und der Reaction mit salpetersaurem Quecksilberoxyd kaum bezweifelt werden kann, so muss die Harnstoffmenge des kindlichen Blutes sehr beträchtlich gewesen sein, da nur c. 13 Grammes Flüssigkeit zur Untersuchung verwandt wurden."

Für die Mutter nahm das Wochenbett einen günstigen Verlauf. Eine in den ersten Tagen auftretende Metritis remittirte schnell nach einer örtlichen Blutentziehung. Die Kranke klagte wohl noch über Eingenommenheit des Kopfes, aber ohne Schmerz, das Sehvermögen war völlig hergestellt und nur eine geringe Empfindlichkeit der Augen gegen das Licht zurückgeblieben. Sie erhielt allabendlich eine Dosis Morph. acet. (gr. $^1/_4$) wornach sie gut und ruhig schlief. Der Puls, der in den ersten Tagen noch sehr frequent war (150—120) sank allmälich auf 90 Schläge und darunter in der Minute

herab. Der Durst war nie sehr lebhaft, die Haut fast beständig feucht. Erst am 5. Tage stellten sich etwas Schmerz und Anschwellung in den Brüsten ein, die aber von kurzer Dauer waren. Uebelkeiten und bitterer Geschmack hielten noch ein paar Tage an, ein- oder zweimal erfolgte auch noch etwas galliges Erbrechen, die Zunge hatte sich ein wenig belegt, die Esslust war gering, der Stuhl angehalten (Saturation, Klystiere), doch trat auch hierin allmälig Besserung ein. Die Empfindlichkeit der Nierengegend nahm stetig ab. Die Menge des Harns, der von der Geburt ab regelmässig mit dem Katheter entleert wurde, stieg vom 1. bis 5. März auf 490, 600, 580, 610 C. C. in 24 Stunden mit einem Gehalt von resp. 15,288 Grammes, 24,600 Grammes, 23,780 Grammes, 24,888 Grammes Harnstoff, er zeigte stets eine saure Reaction und setzte beim Erkalten ein reichliches Sediment harnsaurer Salze ab, Epithelien und Schleimkörperchen waren nur spärlich mit dem Mikroskop nachzuweisen, Eiweiss nur in Spuren beigemengt. In den folgenden Tagen gelang es nicht allen Urin von der Kranken zu gewinnen und später zeigte sich wieder eine Abnahme des Harnstoffs, die aber wohl auf Rechnung des fast zweiwöchentlichen Fastens gebracht werden musste.

Dass in diesem Falle die der Geburt voraufgehenden nervösen Störungen urämischen Ursprungs waren, ist nach dem Mitgetheilten wohl nicht zu bezweifeln. Dafür spricht die Eigenthümlichkeit der Erscheinungen selbst, das Zusammenfallen derselben mit der bedeutenden Abnahme der Harnstoffausscheidung und das Verschwinden derselben in dem Masse, als diese Ausscheidung sich wieder herstellte. Von Anfang an wiesen die Symptome auf ein Leiden der Nieren und zwar vorzugsweise der linken hin: die heftigen spontanen Schmerzen in dieser Gegend, die lebhafte Empfindlichkeit derselben gegen Druck, die bedeutende Abnahme der Harnmenge mit einer so beträchtlichen Verminderung des Harnstoffgehaltes; dazu die fortwährenden Uebelkeiten bei reiner und feuchter Zunge. Es lag nahe, die Ursache in dem Druck des schwangeren Uterus zu suchen, der bei der Lage der Frucht vorzugsweise gegen die Gefässe, der linken Niere gerichtet sein musste. Die Wehen steigerten die Nierenaffection offenbar nicht, sondern

in dem Masse als der Uterus sich kräftiger contrahirte und sich seines Inhaltes zu entleeren begann, minderten sich die Erscheinungen des Nierenleidens. Ich hatte mir gedacht, dass wir es mit einer acuten Brightschen Erkrankung der linken Niere zu thun hätten, mit vollständiger Unterdrückung der Secretion, so dass nur das Secret der rechten gesunden Niere zur Untersuchung gelangte, und mir daraus den Mangel der Beimengung von Eiweiss erklärt. Aber dann hätten ja doch später, nachdem die Circulation wieder frei geworden war, die Producte des Exsudativprocesses mit dem Harne ausgeschieden werden müssen. Davon war aber, wie gesagt, nichts zu bemerken. Die Ursache der erheblichen Störung in der Nierenfunction bleibt daher noch dunkel. War vielleicht die Nierenarterie comprimirt? — Ob der schnelle Tod der Frucht einer Harnstoffvergiftung des fötalen Blutes zugeschrieben werden muss, ist eine zweite Frage, deren Beantwortung ich dahingestellt lassen muss.

Anschliessend an diesen Vortrag sprach Herr *Litzmann* den Wunsch aus, diese beiden Fälle nur als einen Beitrag zur Lösung der noch unerledigten Fragen über das Verhältniss der anatomischen Veränderungen in den Nieren zu der Harnstoffausscheidung und zu dem Eintritt urämischer Symptome in der Schwangerschaft anzusehn, eine Lösung, die nur durch fortgesetzte sorgfältige Beobachtungen gewonnen werden könne.

Bei der darauf folgenden Discussion erwähnte zuerst Herr *Hoffmeyer* einen Fall, wo seit dem 3. Monat der Schwangerschaft sich Oedem mit urämischen Symptomen entwickelt habe. Im sechsten Monat trat Abortus ein und mit ihm schwanden die Symptome.

Herr *Wegscheider* stimmt der Ansicht des Herrn *Litzmann* bei, dass Brightsche Krankheit, Oedem und Harnstoffmangel streng auseinander gehalten werden müssen. Dass Eiweissgehalt und Faserstoffgerinsel im Urin nicht nothwendig den Ausbruch der Eclampsie bedingen sei durch zahlreiche Fälle erwiesen, aber ebensowenig gewähre das Fehlen dieser Stoffe eine Sicherheit gegen eclamptische Anfälle. Was die Analysen des Harnstoffgehaltes im Blute und Harn Eclamptischer betreffe, so wünsche er Untersuchungen bei gesunden Schwangeren dagegen zu haben, um daraus ein Kriterium zu

gewinnen, wie sich die Harnstoffmengen in beiden Fällen verhalten. Jedenfalls könne indess die Therapie vorläufig noch keinen wesentlichen Vortheil aus dieser Theorie ziehen und nach seinen Erfahrungen, die er Verhandl. VIII S. 192 mitgetheilt habe, halte er den Aderlass für das zuverlässigste Verfahren bei eintretenden eclamptischen Anfällen. Kein Mittel sei im Stande, einen so schnellen, sicheren und nachhaltigen Eindruck auf das Nervensystem zu machen, die Zahl und Intensität der einzelnen Anfälle zu mindern und damit Congestionen zu dem Gehirn und Rückenmark und zu den Lungen zu verhüten, als gerade ein ergiebiger Aderlass.

In Bezug auf die Therapie sprach sich die Meinung der Gesellschaft vorwiegend zu Gunsten des Aderlasses und topischer Blutentziehungen aus. Gesetzt auch, die Harnstoffintoxication sei die directe Ursache der Erscheinungen, so bedinge doch jeder eclamptische Anfall eine solche Congestion zum Gehirn, dass schliesslich der Tod nicht die Folge der Blutvergiftung, sondern der Blutüberfüllung des Gehirns sei, und so lange es nicht gelinge, die Anfälle selber zu beseitigen, müsse man eben ihren schädlichen Folgen entgegen wirken.

Herr *Litzmann* erwiderte unter Anderem, dass er nur örtliche Blutentziehungen anwende; er fürchte überhaupt die Zahl der Anfälle weniger als ihre Intensität und vermeide im Allgemeinen operative Eingriffe möglichst lange, um nicht bei der gewöhnlich vermehrten Reflexerregbarkeit die Heftigkeit der Anfälle zu steigern und so zu bedeutenderen anatomischen Läsionen, Blutextravasaten in der Schädelhöhle die Veranlassung zu geben. Eine baldige Entleerung des Uterus sei freilich wünschenswerth, da durch sie allein die Herstellung einer freieren Blutbewegung in den Nieren ermöglicht werde; indess dürfe man diesem Vorgange keine zu grosse und entscheidende Wichtigkeit für die Beseitigung der zunächst drohenden Gefahren beilegen.

Herr *B. Schultze* stimmt der Ansicht des Hrn. *Litzmann* vollkommen bei, dass der Grad und die Ausdehnung der Nierenerkrankung einen sehr bedeutenden Einfluss auf den Grad der durch dieselbe bedingten Urämie, auf die Intensität der toxischen Erscheinungen, auf das Zustandekommen der Eclampsie haben; aber von vielleicht noch grösserem Einflusse scheine

ihm die Dauer der Erkrankung zu sein. Die Würdigung der bei längerer Dauer der Harnstoffretention obwaltenden physiologischen Verhältnisse scheine ihm auch die Einwürfe derer zu entkräften, welche als Gegenbeweis gegen die urämische Entstehung der Eclampsie anführen, dass gerade oft bei chronischem Morb. Brightii, bei weit vorgeschrittener Nierendegeneration Eclampsie bei einer eintretenden Geburt ausbleibt. Er habe vor etwa 2 Jahren einen Fall beobachtet, wo bei einer 27jährigen Erstschwangeren seit dem sechsten Monat der Schwangerschaft ödematöse Anschwellungen und andere Erscheinungen gestörter Nierenfunction auftraten; als die Person im 9. Monat zu seiner Beobachtung kam, hatten diese Erscheinungen einen bedeutenden Grad erreicht; Schmerzhaftigkeit der linken Niere, bedeutender Eiweissgehalt und reichliche Faserstoffcylinder im spärlichen Urin liessen auf ziemlich ausgebreitete Nierenerkrankung schliessen, während anhaltender Kopfschmerz und fast vollkommene Hemeralgie über die bestehende urämische Intoxication keinen Zweifel liessen. Die angeführten Symptome steigerten sich immer mehr mit vorschreitender Schwangerschaft, die enorme ödematöse Anschwellung der Schamlippen machte dreimalige Scarification derselben erforderlich, ohne dass indess, in diesem Falle merkliche Uteruscontractionen angeregt wurden. Bei der rechtzeitig erfolgten Geburt eines lebenden Mädchens traten, ganz wider Herrn *Schultze's* Erwarten, weder eclamptische Anfälle noch sonst irgend welche Steigerung der urämischen Symptome ein. Im Wochenbett schwanden die urämischen Erscheinungen, die Oedeme und ein sehr bedeutender Ascites wurden resorbirt und die Nierenfunction stellte sich vollkommen her. Bei *Braun, Chiari* und *Späth* fand Herr *Schultze* ähnliche Fälle verzeichnet. Diese auffallende Thatsache, gegenüber den zahlreichen Fällen, wo bei entschieden geringer Nierenerkrankung, die aber erst kurze Zeit vor der Geburt auftrat, eclamptische Anfälle der heftigsten Art selbst tödtlichen Ausgang herbeiführen, erklärt sich Herr *Schultze* auf folgende Weise:

Die Geburtsthätigkeit beschleunigt die Circulation und Respiration und bedingt dadurch einen vermehrten Verbrauch organischen Materials. Dieser Zuschuss von Material kann nur durch die meist stickstoffhaltige Körpersubstanz geliefert

werden, deren Kohlenstoff und Wasserstoff durch die Lungen ausgeschieden, deren Stickstoff durch die in ihrer Function so schon beeinträchtigten Nieren nicht eliminirt werden kann; die Menge des Harnstoffs im Blute wird also nothwendig zunehmen, und wenn derselbe anderweitig nicht ausgeschieden wird, ruft er die eclamptischen Anfälle hervor. Derselbe kann auch vor Ablauf der Schwangerschaft durch eine zufällige fieberhafte Erkrankung, durch eine reichliche Mahlzeit, durch jede erhebliche Circulationsbeschleunigung herbeigeführt werden, und wenn auch bei Gemüthsbewegungen, die manchmal den Ausbruch der Eclampsie herbeiführen, die directe Einwirkung auf die Centraltheile des Nervensystems wesentlich concurrirt, so kommt doch auch hier das angeführte Moment mit in Betracht. Derselbe Vorgang kann auch nach überstandener leichter Entbindung erst im Wochenbett durch gesteigerte Gefässthätigkeit angeregt werden. Bestand nun aber die Störung der Nierenfunction bereits längere Zeit, so bei chronischem Morb. Brightii, oder wenn die durch die Schwangerschaft bedingte Erkrankung der Nieren bereits vor den letzten Monaten auftrat, so ist oft für die mangelhafte Harnstoffausscheidung in den Nieren ein anderes Organ, namentlich die Haut während der langsamen Entwicklung der Krankheit vicariirend eingetreten, und es bleiben entweder die urämischen Symptome überhaupt aus, oder der Körper kann doch eine selbst gesteigerte Ueberladung des Bluts mit Harnstoff ohne erheblichere Beeinträchtigung der Nervencentren, ohne dass eclamptische Anfälle auftreten, auf dem neu etablirten Wege beseitigen.

Aus diesen Gründen, fährt Herr *S.* fort, seien auch Sectionsbefunde so wenig beweiskräftig, dass sie gerade von den Gegnern der urämischen Bedeutung der Eclampsie zur Bekämpfung dieser Theorie angeführt würden. Wo nämlich durch langdauerndes Nierenleiden tief greifende Degeneration sich entwickelte, traten aus den angeführten Gründen häufig keine eclamptischen Anfälle ein; wo hingegen acute den eclamptischen Anfällen kurz vorhergehende Nierenerkrankung den tödtlichen Ausgang bedingte, da weist gerade die Section oft nur das erste Stadium der Brightschen Erkrankung nach.

Hierauf legte Herr *Hofmeier* der Gesellschaft eine Geschwulst vor, die bei der Obduction einer 60jähr. Jungfrau

gefunden war. Die Dame war in ihrer Jugend nie krank gewesen, hatte vor 4 Jahren wegen einer leichten Peritonitis zum ersten Male das Bett gehütet, war aber nachher wieder vollständig gesund gewesen. Vor kurzer Zeit erkrankte sie; bei der Untersuchung des Unterleibes fühlte man per rectum eine nicht näher zu diagnosticirende Geschwulst im Becken, die nach dem bald erfolgten Tode sich bei der Section als ein steinhartes beinah kindskopfgrosses Osteoid erwies, das hinter dem Uterus im grossen Becken lag, und theils durch Filamente mit ihm; theils direct mit den angrenzenden Därmen verwachsen, in seiner Lage erhalten wurde. Der Uterus selbst enthielt in seiner Substanz zwei ungefähr wallnussgrosse Geschwülste, deren eine von rein fibrösem Gewebe war, deren andere im Inneren zu einer ähnlichen Masse verhärtet war, wie sie die grössere oben erwähnte Geschwulst bildete. Das Präparat wurde Herrn *Virchow* zur genaueren Untersuchung übergeben.

Herr *Kauffmann* trug darauf folgenden Fall von Wendung bei Prolapsus vaginae vor:

Frau *Z.*, eine Frau von 39 Jahren, hatte nach ihrer 3. Entbindung vor 2 Jahren einen Vorfall des Uterus davongetragen, der nach der Beschreibung ein Prolapsus uteri et vagin. completus gewesen zu sein scheint. Sie wurde zum 4. Male schwanger, der Uterus blieb im Becken, doch drängte die Scheide stark aus der Schamspalte und verursachte der Frau viele Beschwerden. Am 10. März wurde ich zu ihr gerufen, da die Hebamme eine Querlage diagnosticirt hatte, das Wasser schon seit 24 Stunden abgeflossen war und der Muttermund hinreichend erweitert sein sollte, um die Wendung zuzulassen. Ich fand die Kreissende in voller Geburtsthätigkeit. Aus der Schamspalte ragte der untere Theil sämmtlicher Scheidenwände weit heraus; der Muttermund stand in der Mitte des kleinen Beckens und bildete einen scharfen Saum, der bis zu Thalergrösse erweitert war; das ganze untere Uterinsegment hing schlaff herab und wurde durch die Wehen nicht gespannt. Das Kind lag quer auf dem Beckeneingang: Kopf rechts, Füsse nach links und vorn und stellte sich dem untersuchenden Finger mit der Brust und dem rechten Ellenbogen. Ich reponirte die vorgefallene Scheide, die einen

grossen Sack bildete, der bequem meine ganze Hand aufnahm, und da unter diesen Umständen an die Wendung nicht gedacht werden konnte, wies ich die Hebamme an, während jeder Wehe die Scheide mit der Hand reponirt zu erhalten. Als ich nach mehreren Stunden wiederkam, legte ich einen Colpeurynter in die Scheide und untersagte jedes Verarbeiten der Wehen. Bei einem späteren Besuche Abends 11 Uhr nahm ich das Instrument heraus, fand den Muttermund wenig mehr erweitert, und legte, da ich bei der Querlage des Kindes von den Wehen keinen Einfluss auf die Erweiterung des Muttermundes erwarten konnte, den Colpeurynter abermals ein und zwar unmittelbar in den Muttermund, so dass er sich bei der Anfüllung mit Wasser theils über theils unter dem Muttermunde ausdehnte. In dieser Lage verblieb er indess nicht lange; bei einer kräftigen Wehe wurde er bald ausgestossen und da ich die Kreissende verlassen hatte, so blieb sie bis zum anderen Morgen auf die Unterstützung der Hebamme beschränkt. Früh 7 Uhr fand ich sie sehr unruhig, sie fieberte stark, der Unterleib war schmerzhaft und das Kind stark in den Beckeneingang herabgepresst; der Muttermund war ungefähr $2^1/_2$ Zoll weit. Ich hielt es für gerathen, die Frau bald zu entbinden, theils um sie zu befreien, theils die Kindeslage nicht noch mehr zu verschlechtern, und da sich das untere Uterinsegment noch immer sehr passiv verhielt und durchaus nicht krampfhaft contrahirt war, so ging ich mit der rechten Hand in die Scheide und mit 3 Fingern in den Muttermund. Mit langsamem Vorwärtsdrängen, vielleicht in 20 Minuten, schlüpfte ich durch denselben, gelangte zum linken Schenkel des Kindes und extrahirte es. Das Kind war noch nicht ganz ausgetragen, vielleicht 8 Wochen zu früh geboren und die sich bereits lösende Haut deutete darauf, dass es schon seit länger als 24 Stunden abgestorben sei. Die Nachgeburt folgte sehr leicht.

Bald nach der Entbindung stürzte der Uterus vollständig aus den Genitalien hervor. Ich konnte mich somit überzeugen, dass der Muttermund keine erheblichen Verletzungen davongetragen. Leider blieb die Reposition erfolglos, da die Kranke von quälendem Husten befallen wurde, und ich bei der Reizung der Theile die Anwendung von Pessarien nicht wagte. Ich liess deshalb den Uterus warm fomentiren

gelangte mit dieser Behandlung in Zeit von 10 Tagen so weit, dass ein grosser Mutterkranz ertragen wurde, den die Frau jetzt noch trägt, der indess sobald als möglich mit einem *Zwank*'schen Pessarium vertauscht werden soll.

Herr *Krieger* hatte in einem ähnlichen Falle von Prolapsus, wo trotz vorliegendem Kopfe die Erweiterung des Muttermundes gar nicht vorwärts schritt, durch seitliche Einschnitte die Vergrösserung beschleunigt. Bei der darauf vollführten Zangenoperation passirte der Kindskopf den Muttermund mit Leichtigkeit, doch ergab die sofort angestellte Untersuchung, dass die hauptsächlichste Erweiterung einem Einrisse zu danken war, der trotz der gemachten Einschnitte die hintere Muttermundslippe in zwei gleiche Hälften theilte.

XXXII.

Ein zweiköpfiges Monstrum.

Mitgetheilt von

Dr. **Loescher** jun. in Lübben.

(Mit Abbildung.)

Die Ehefrau des H. *Br.*, 35 Jahre alt, in Gr. L., von starker und robuster Constitution, nie krank gewesen, hat bereits acht, noch jetzt lebende, wohlgebildete Kinder leicht und glücklich geboren. Seit Anfang November vorigen Jahres datirt sie ihre neunte Schwangerschaft, welche in sofern abweichend von den vorhergegangenen verlief, als sie während derselben sich unkräftiger fühlte und häufig von ängstlichen Ahnungen und Todesfurcht befallen ward; auch glaubte sie in der zweiten Hälfte der letzten Schwangerschaft stärkere Bewegungen der durch die Bauchdecken deutlich fühlbaren Frucht zu empfinden und war der Leib, namentlich vom achten Monat an, beträchtlicher als früher, ausgedehnt. Als in der Nacht vom 7.—8. August d. J. nach vorhergegangenen leichten Wehen die Blase sprang, entleerte sich eine bedeutende Menge Fruchtwasser, und die herbeigerufene Hebamme

fühlte deutlich einen, wenn auch noch hoch stehenden, Kopf, den, wie sie meinte, die bereits kräftiger beginnenden Wehen bald heruntertreiben würden. — Dem war jedoch nicht so. Zwar verstärkten sich die Wehen allmälig, der Kopf aber blieb unverrückt in seiner Stellung. Mittlerweile verarbeitete die Gebärende aufs Kräftigste ihre Wehen und befand sich bis zum 10. August anscheinend wohl, bekam aber gegen Abend dieses Tages Uebelkeit, mehrmaliges Erbrechen und einen eine halbe Stunde anhaltenden Schüttelfrost; die Kindesbewegungen hatten aufgehört, der Leib war merklich gesunken, den Geburtstheilen entströmte zeitweise eine übelriechende Jauche, und vom 11. Abends begann eine, zwar schwache, aber anhaltende Blutung. Die in Folge dessen allmälig sich steigernde Schwäche der Frau *Br.* bewog endlich die Hebamme, ärztliche Hülfe zu verlangen, die aber von dem Ehemanne entschieden abgelehnt ward, bis bei andauerndem Abfliessen von Blut und blutiger Jauche und immer stärker werdenden Presswehen die Kräfte der Gebärenden in der Nacht vom 12. bis 13. August völlig erschöpft waren.

Ich fand die Frau Nachts $^1/_2$12 Uhr mit den soeben angeführten Erscheinungen, die eine Beschleunigung der Geburt dringend erheischten. Bei der äussern Untersuchung des Unterleibes fühlte ich die Gebärmutter fest um die Frucht zusammengezogen und die rechte untere Hälfte des Unterleibes härter und mehr vorgewölbt, als die linke, ohne durch die gespannten Uteruswandungen einen bestimmten Theil unterscheiden zu können. Die Schamlippen waren colossal verschwollen und schienen den Eingang in die sehr aufgelockerte Mutterscheide zu verschliessen. Bei der innern Untersuchung traf der Finger auf einen in der Beckenmitte in erster Scheitelstellung befindlichen Kopf von anscheinend mässiger Grösse ohne einen mitvorliegenden kleinen Kindestheil. Ich glaubte daher im vorliegenden Falle bei der weit gebauten Frau, dem scheinbar günstigen Verhältniss zwischen Kopf und Beckenraum und dem stark erfolgenden Wehendrange das hier obwaltende Geburtshinderniss lediglich in zu kurzer Nabelschnur und theilweise fest verwachsenem Mutterkuchen suchen zu müssen.

Von dieser Diagnose ausgehend legte ich die Zange

was leicht und schnell möglich war, und begann stehende Tractionen auszuführen, denen der Kopf zwar folgte, aber immer nur um ein so Geringes und unter Anwendung einer so anstrengenden Gewalt meinerseits, dass es mir nothwendig bald klar ward, dass das angenommene Geburtshinderniss gewiss nicht allein das hemmende Moment abgeben konnte, sondern dass andere wichtigere und schwerer zu überwindende Hindernisse vorhanden sein mussten, und glaubte ich in übermässig starker Entwickelung des kindlichen Rumpfes den Hauptgrund der Verzögerung suchen zu müssen.

Der Kopf war mittlerweile unter zahlreichen und kräftigen Tractionen so weit geboren, dass Hinterhaupt, Scheitel und Stirn zwischen den äussern Geburtstheilen hervorragten, während das Gesicht noch grösstentheils über dem Mittelfleische stand, als ich plötzlich die Zange lose werden fühlte und dieselbe wegen der Unmöglichkeit, sie zur gänzlichen Extrahirung des Kopfes wieder fest anzulegen, abzunehmen gezwungen war. Ich versuchte daher das Kinn über das Mittelfleisch hinweg zu entwickeln und dem Kopfe durch meine seitlich an denselben angelegten Hände eine Drehung nach einem Schenkel der Mutter zu geben. Wenn auch das Erste gelang, so missglückte der zweite Versuch gänzlich: der geborne Kopf blieb unbeweglich zwischen den Schenkeln der Gebärenden. Eine innere Untersuchung mit dem zwischen dem geborenen Kopfe und den mütterlichen Theilen eingebrachten Finger behufs Erforschung der dem Auge verborgenen Kindestheile führte begreiflicher Weise zu keinem Resultat.

Doch unter den obwaltenden Umständen half kein Säumen, die begonnene Entwickelung der Frucht musste in irgend einer Weise fortgesetzt, und die durch die fortdauernde Blutung zum Tode erschöpfte und nur durch zeitweise gereichte Analeptica noch aufrecht erhaltene Frau möglichst rasch entbunden werden. Ich sah hierzu keinen andern Weg, als die Frucht stückweise zu entfernen. Ehe ich jedoch zu dieser unangenehmen Operation schritt, wollte ich noch einen Versuch wagen, um durch kräftigen Zug an einer um den Hals des Kindes angelegten Schlinge die Entwickelung des Rumpfes zu bewirken. Doch musste ich von diesem fruchtlosen Versuche bald abstehen, da durch denselben nur der Hals des

Kindes in bedenklicher Weise lang gezogen ward; und es blieb somit bei der beschriebenen unverbesserlichen Kindeslage nichts weiter übrig, als mich zur Embryotomie zu entschliessen. Zu diesem Zwecke ward zunächst die Abtrennung des Kopfes zwischen dem 2. und 3. Halswirbel vorgenommen, um auf diese Weise, was bisher unmöglich war, zum Rumpfe zu gelangen. Letzterer wich nach Entfernung des Kopfes sichtlich zurück und ich säumte daher nicht, mir auf dem jetzt offen stehenden Wege durch Einführung der ganzen Hand Auskunft über dieses seltsame Geburtshinderniss zu verschaffen, und entdeckte zu meinem grossen Erstaunen etwas nach rechts über dem Schoossstück, mit dem vorliegenden Rumpfe zusammenhängend und mit besonderem Halse aufsitzend, einen zweiten Kopf von der ungefähren Grösse des abgeschnittenen. Das Räthsel war somit gelöst: der über dem rechten Schoossstück sich anstemmende zweite Kopf hatte das unüberwindliche Hinderniss der Geburt abgegeben. Mit erneutem Muthe schritt ich, unter Aufgeben des bisherigen Planes der Zerstückelung, nachdem ich mich vergebens bemüht hatte, den Kopf einzuleiten, sofort zur Wendung, schob mir den Rumpf so weit als möglich in die Höhe, gelangte nach grosser Mühe, indem die operirende Hand vorsichtig zwischen Kindeskörper und tetanisch gespannter Uteruswand entlang ging, endlich zu den untern Gliedmassen, machte die Wendung auf beide Füsse und extrahirte Nachts $^1/_2 2$ Uhr die Frucht binnen wenigen Minuten, wobei die ziemlich beträchtliche Schulterbreite das einzige verhältnissmässig leicht zu überwindende Hinderniss abgab.

Die durch die anhaltende Blutung und den lang dauernden operativen Eingriff erschöpfte Frau fiel gleich nach der Geburt des zweiköpfigen Monstrums in eine tiefe Ohnmacht, aus der sie durch Anwendung der gebräuchlichen Mittel nach Ablauf einer halben Stunde wieder zu sich kam. Mit dem wieder erwachenden Leben aber trat aus dem nunmehr erschlafften weiten Uterus eine stärkere Blutung ein, welche Indication zur Lösung der Nachgeburt gab. Trotz der erschöpfenden Blutverluste war die darauf folgende Schwäche von verhältnissmässig geringer Dauer, und erholte sich die Wöchnerin bei vorsichtiger Anwendung stärkender Mittel nach kurzem Krankenlager.

Section.

A. Aeussere Besichtigung.

Das Monstrum, welches die in beiliegender Zeichnung angegebene Gestalt hatte, zeigte an mehreren Körperstellen, am Unterleibe, an den Schenkeln u. s. w. Spuren eingetretener Fäulniss. Es ist männlichen Geschlechts, $20^1/_4$ Zoll lang, wiegt 10 Pfund 6 Loth bürgerlichen Gewichts und hat alle Zeichen vollständiger Reife. Sämmtliche Theile des Körpers sind normal und ebenmässig seiner Länge entwickelt. Auf dem obern Theile des Rumpfes sitzen, jeder auf besonderem Halse, zwei mit dunkelbraunen Haaren bedeckte Köpfe auf, die eine, einander ähnelnde, nicht unschöne Gesichtsbildung zeigen und deren Durchmesser von der Norm fast gar nicht abweichen. Die Schulterbreite beträgt $6^1/_2$ Zoll, der Abstand der Hüftkämme $3^3/_4$ Zoll, so dass der Rumpf von seinem obern zum untern Ende deutlich spitz zuläuft. Die Haut des Hodensackes ist missfarbig, in demselben sind beide Hoden zu fühlen. Der After ist äusserlich verschlossen, und deutet eine kleine Grube auf die Stelle der fehlenden Oeffnung. Bei Untersuchung des Rückens fühlt der Finger an den deutlich sich markirenden Processus spinosi zwei neben einander verlaufende Wirbelsäulen. Dieselben vereinigen sich im obern Kreuzbeinwirbel und gehen von hier aus divergirend nach oben, so dass der Abstand des obersten Brustwirbels der einen Seite von dem der andern $1^1/_4$ Zoll beträgt. Beide Wirbelsäulen scheinen vom ersten Brustwirbel bis zum ersten Lendenwirbel mit einander verbunden zu sein; Näheres liess sich durch die äussere Untersuchung nicht constatiren.

B. Innere Untersuchung.

Da der ausdrückliche Wunsch der Aeltern dahin ging, das Monstrum möglichst zu schonen, so ward der Unterleib zuerst geöffnet, und nur von diesem aus die Untersuchung geführt.

Die vergrösserte Leber erstreckte sich bis ins linke Hypochondrium; das nach der Section festgestellte Gewicht derselben betrug $12^1/_2$ Loth. Ihr Gefüge ist normal; am untern Rande ragen zwei mit Galle gefüllte Gallenblasen her-

vor, die dicht neben einander liegen, und deren jede ihren besondern Ausführungsgang hat. Beim Aufwärtsliegen der Leber wird auf der rechten Seite ein etwas kleinerer, auf der linken ein etwas grösserer Magen sichtbar. Während dieser normal in seiner Lage ist, scheint der rechte von rechts nach links gekehrt zu sein, so dass die normal-vordere Fläche zur hintern, die normal-hintere zur vordern geworden. In Folge dessen sieht bei diesem Magen der Pylorus nach links, die Cardia nach rechts. Hinter jedem Magen befindet sich ein Pancreas. Das Duodenum der rechten Seite verbindet sich nach kurzem Verlauf mit dem der linken Seite, ohne mit ihm zu communiciren, und jedes derselben nimmt hier den betreffenden Ductus choledochus und pancreaticus auf. Beide Darmkanäle verlaufen nun, durch Zellgewebe eng mit einander verbunden, in zahlreichen Windungen neben einander bis zum kleinen Becken, wo sich beide in der Gegend des ersten Kreuzbeinwirbels zu einem Mastdarm vereinigen. Während jeder Darm bis zur Vereinigungsstelle die etwaige Dicke eines schwachen Gänsekiels besitzt und leer ist, hat das von Meconium strotzende, gemeinschaftliche Rectum einen Durchmesser von $^2/_3$—1″. Ein seichter Schnitt von aussen nach dem Rectum genügte, um dem Darminhalt nach aussen Luft zu schaffen. An normaler Stelle liegt links eine kleine Milz, während an den äussern Seiten der beiden Wirbelsäulen um so grössere Nieren sich befinden, die, in festem Bindegewebe eingekapselt, ein sehr compactes und resistentes Gefüge besitzen. Harnleiter normal. Blase sehr gross, fest, dickwandig, durch ihre weisse Farbe und sehnige Beschaffenheit sich deutlich unterscheidend von den Nachbarorganen; sie überragt um $1^1/_4$″ die Symph. pub. und enthält etwa ℥iii klare Flüssigkeit. Zwerchfell normal.

In der Brusthöhle wird in dem Raume zwischen den beiden Wirbelsäulen ein gemeinschaftlicher Herzbeutel bemerkbar; in demselben befinden sich ℥iβ klares Serum und zwei dicht an einander liegende Herzen, das rechte nach innen abgeplattet und kleiner als das linke, beide von normaler innerer Construction. Der Arcus aortae des rechten Herzens macht seinen Bogen nach rechts herüber, und verläuft die Aorta descendens an der innern Seite der rechten Wirbelsäule.

Der Arcus aortae des linken Herzens geht normal nach links herüber, und verläuft die Aorta descendens an der innern Seite der linken Wirbelsäule. Beide Arterien vereinigen sich in der Gegend des letzten Lendenwirbels. An der äussern Seite jeder Wirbelsäule liegen je ein paar Lungen von fötaler Bildung.

Das Sternum ist einfach, aber sehr breit. Beide Wirbelsäulen sind an ihrer innern Seite, so weit die Brustwirbel reichen, durch rudimentäre Rippen mit einander verbunden.

XXXIII.

Bericht über die Thätigkeit und die Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig im dritten Jahre ihres Bestehens

erstattet durch

Dr. med. Emil Apollo Meissner jun.,

d. Z. Secretair.

Vorgetragen am 20. April 1857.

Wenn dem Berichterstatter über das Leben eines Vereines zu rein wissenschaftlichen Zwecken daran gelegen sein muss, ein möglichst treues Bild des Ganzen zu geben, so dürfen die äusseren Verhältnisse, namentlich die Personalien keineswegs mit Stillschweigen übergangen werden. Sind diese doch oft vom wesentlichsten Einflusse für das Gedeihen des Unternehmens! Das eben abgelaufene dritte Lebensjahr der Leipziger Gesellschaft für Geburtshülfe giebt in dieser Hinsicht dem Geschichtsschreiber mehrfachen Stoff zur Mittheilung. Zunächst trat beim Beginn desselben eine Veränderung im Vorstande dadurch ein, dass Dr. *Meissner* sen. auf eine abermalige Erwählung zum Vicedirector Verzicht leistete, zu welchem Amte nun Dr. *Sickel* berufen wurde, während die Neuwahl eines Kassirers auf Dr. *Hennig* fiel; wogegen Hofrath *Joerg* als Director und der Referent als Secretair in ihren Functionen

verblieben. Leider wurde aber schon am 20. Septbr. 1856 Abends 11¼ Uhr die Gesellschaft ihres Stifters und Directors *Joerg* durch den Tod beraubt. Ihm widmete Referent in der zunächst darauffolgenden (31.) Sitzung vom 20. October einen kurzen Nekrolog, aus dem folgende wenige Notizen hier eine bleibende Stätte finden mögen:

Johann Christian Gottfried Joerg, am 24. December 1779 zu Predel bei Zeitz geboren, besuchte von 1792 bis 1800 das Stiftsgymnasium zu Zeitz, wo er dann zu Ostern die Universität Leipzig bezog, um Naturwissenschaften zu studiren, und nur in Folge eines Zufalles wendete er sich später der practischen Medicin zu. Von seinen Commilitonen erwählt, hielt er am Grabe des hierselbst am 10. November 1801 plötzlich verstorbenen ordentlichen Professors der Anatomie Dr. *Haase* eine ergreifende Rede, in Folge deren er aufgefordert wurde, wie man sich damals ausdrückte, „bei der Universität zu bleiben," d. h. sich der academischen Laufbahn zu widmen. Schon im Sommer 1802 erhielt er die Stelle eines Amanuensis bei dem hiesigen Stadtgeburtshelfer Dr. *Menz*, in der ihm reichliche Gelegenheit geboten wurde, sich zum practischen Accoucheur auszubilden. Von ganz besonderem Einfluss auf seine spätere Richtung wurde für ihn das Studium der Schriften des Professor *Boër*, indem diese nicht nur Veranlassung wurden, dass er sich selbst nach Wien begab und sechs Monate lang in der dortigen Entbindungsanstalt thätig war, sondern es sich namentlich auch angelegen sein liess, die dort in der Praxis so vielfach gefundene Bestätigung der Behandlungsweisen dieses von ihm bis an sein Lebensende hochverehrten Lehrers wissenschaftlich zu begründen. In dieser Beziehung legte *Joerg* besonders Gewicht auf die von ihm begründete Lehre von den dynamischen Bedingungen der Geburt und seine Beantwortung der Frage: „Wann ist es Zeit, in der Geburt hülfreiche Hand zu leisten?" Nach einem Ausfluge in die deutschen Alpen zu zoologischen und botanischen Zwecken und Absolvirung der medicinischen Examina erwarb er in Leipzig am 23. Decbr. 1804 die philosophische Doctorwürde, habilitirte sich am 9. Februar 1805 als Magister legens und disputirte am 23. August als Doctor der Medicin und Chirurgie. Hier wirkte er nun besonders für die gänzliche

Leistungen der Geburtshülfe, wie namentlich deren Erhebung zur eigentlichen Wissenschaft unermüdlich sowohl als Privatdocent, wie als medicinischer Schriftsteller. Ausser mehreren Journalaufsätzen machte er sich namentlich zunächst durch Herausgabe seiner Lehrbücher der Physiologie, der Geburtshülfe, der Weiber- und Kinderkrankheiten, sowie seines Hebammenbuches und die Schriften zur Beförderung der Kenntniss des Weibes bekannt. Als nun in Gemässheit einer Stiftung der am 1. Mai 1806 verstorbenen Frau verw. Appellationsräthin Dr. *Trier*, die nur durch die Kriegsjahre verzögerte Errichtung einer Hebammenschule und Entbindungsanstalt zum Unterricht für Studirende der Medicin ins Leben treten sollte, wurde *Joerg*, der deshalb einen ehrenvollen Ruf an die Universität Königsberg ablehnte (am 5. Februar 1810), unter Ernennung zum ordentlichen Professor für Geburtshülfe an hiesiger Hochschule, sowie zum Director und Obergeburtshelfer an dieser Anstalt mit der ersten Organisation derselben beauftragt. Trotz mannigfacher nicht unerheblicher Schwierigkeiten, die vorzüglich die damalige Verfassung der Universität ihm als Professor novae fundationis entgegenstellte, unterzog sich *Joerg* dieser mühevollen Arbeit, und hatte die Genugthuung, nicht nur die junge Anstalt gedeihen und schnell zur Berühmtheit gelangen zu sehen, sondern auch sein Wirken durch die Ernennung zum Königlich Sächsischen Hofrathe und Ritter des Ordens für Verdienst und Treue von der Staatsregierung anerkannt zu wissen. Seinen unablässigen Bestrebungen verdankt aber auch die Entbindungsschule zu Leipzig die Uebersiedelung aus ihren ursprünglichen Localitäten in dem vormaligen *Trier*'schen Grundstücke, dem jetzigen botanischen Garten der Universität in das jetzt mit No. 8 1236 bezeichnete Haus- und Gartengrundstück der Dresdner Strasse im Jahre 18[illegible], sowie auch die Erbauung des neuen Institutsgebäudes, welche mit Hülfe des mittlerweile durch seine weise Sparsamkeit beträchtlich angewachsenen Stammcapitales, sowie eines durch die Munificenz der Königlichen Staatsregierung aus der Staatscasse gewährten Zuschusses im Jahre 18[illegible] zu Stande kam. Von seinen vielfachen beschwerlichen Amtsgeschäften als Director der Entbindungsschule, Hebammenlehrer, ordentlicher Professor der Universität, wobei ihm zugleich das Alter mehr

Examina und die Ausarbeitung vieler Superarbitrien mit oblag, war er fortwährend nicht nur als consultirter Arzt, sondern auch schriftstellerisch thätig und fungirte nach der Leipziger Schlacht im Jahre 1813 als Dirigent eines grossen Militair-Hospitales auf dem zur Stadt gehörigen Vorwerke Pfaffendorf. Seinem Wahlspruche: „Naturae" getreu, verfocht er die Rechte der Natur und die naturgemässe Behandlung der Geburt gegen Jedermann und scheuete keinen Kampf, wovon namentlich seine Polemik gegen den verstorbenen Hofrath und Professor *Osiander* den Vater zu Göttingen zahlreiche Beweise liefert. Ausser den oben genannten Lehrbüchern, die zum grossen Theile mehrere Auflagen erlebten, schrieb er eine specielle Therapie für Aerzte am Geburtsbette, über die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinen, ein Taschenbuch für gerichtliche Aerzte und Geburtshelfer bei den gesetzmässigen Untersuchungen des Weibes, sowie zahlreiche kleinere Broschüren, Programme und Gelegenheitsschriften geburtshülflich-gynäkologischen Inhalts, über Verkrümmungen und Klumpfüsse, über das epidemische Nervenfieber, über Cholera, Diätetik und Materialien zu einer künftigen Materia medica (als Resultat zahlreicher mit seinen Schülern angestellter Versuche, die zunächst durch das Auftreten der von ihm ebenfalls kräftig bekämpften Homöopathie angeregt worden waren) und mit seinem Freunde, dem berühmten Domherrn und Superintendenten Dr. *Tzschirner* hier eine populäre Schrift über die Ehe. Bei dieser rastlosen vielseitigen Thätigkeit war er noch lange Zeit selbst als Greis sehr rüstig und verrichtete bis zuletzt noch die schwersten Operationen, bis seine zunehmende Altersschwäche, gegen die er mehrmals mit grossem Erfolge die Nordseebäder Helgoland und Norderney und einmal im Jahre 1855 das sächsische Bad Elster gebraucht hatte, sowie namentlich eine unbesiegbare Stumpfheit des Gehörs- und Gesichtssinnes seinen Rücktritt vom Amte erheischte, der in den ersten Tagen des October 1856 bevorstand, als er noch mitten in seiner Berufsthätigkeit, wie er es gewünscht hatte, starb. Das Denkmal aber, welches er sich durch sein Wirken gegründet und das sein Andenken nicht nur im engeren sächsischen Vaterlande, sondern in der ganzen civilisirten Welt erhalten wird, besteht für alle Zeiten! Sanft ruhe seine Asche!

Den als *Joerg's* Nachfolger zum ordentlichen Professor der Geburtshülfe an der Universität und Director der Entbindungsschule ernannten Herrn Dr. *Carl Sigismund Franz Credé*, bisherigen Privatdocenten an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin und Director der Hebammenschule im dortigen Charité-Krankenhause begrüssten am 8. October 1856 die als Deputation an denselben abgesendeten Vorstandsmitglieder unserer Gesellschaft in dieser seiner neuen Stellung an hiesiger Hochschule und hatten die Freude, nicht nur von demselben bereitwilligst die Erlaubniss zu erlangen, auch fernerhin die Sitzungen der Gesellschaft in dem bisher benutzten Auditorium hiesiger Entbindungsschule abzuhalten, sondern auch seine Beitrittserklärung selbst entgegen zu nehmen. In der darauffolgenden Sitzung am 20. October aber empfingen wir in unserer Mitte ihn nicht nur als neues Mitglied der Gesellschaft, sondern auch als deren nunmehrigen Director, wozu er bei der an Stimmeneinhelligkeit grenzenden Ergänzungswahl des Vorstandes am selbigen Tage berufen wurde. Ausserdem vermehrte sich die Zahl der ordentlichen Mitglieder durch die Aufnahme der DDr. *H. F. Germann*, *C. F. W. Uhlich* und *A. O. Zinssmann*, während ein viertes Beitrittsgesuch, und zwar zunächst auf ein Jahr zurückgewiesen wurde; die der correspondirenden Mitglieder aber durch die Erwählung des Dr. *Edmund Paul Meissner*, d. Z. Compagniearzt im 12. Infanterie-Bataillon in Wurzen und des Prof. Dr. *Rilliet*, Chefarzt des Hospitals zu Genf. — Das äussere Gesellschaftsleben anlangend verdient ferner noch hier hervorgehoben zu werden, dass der erste Jahresbericht der Gesellschaft im 8. Bande (6. Heft) der Monatsschrift für Geburtskunde abgedruckt und in Separatabzügen an die Mitglieder vertheilt wurde, während ein Exemplar laut Beschluss die medicinische Gesellschaft allhier empfing. — Unterm 17. November 1856 beantragte ferner unser hochverehrter Herr Director Prof. Dr. *Credé*, beim hohen Königlichen Ministerium des Inneren die nur durch die überhäuften Geschäfte seines Vorgängers einestheils wie den später erfolgten Tod desselben anderntheils bisher zu erbitten versäumte förmliche Constituirung der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig und gleichzeitige Einreichung von doppelten Exemplaren der revidirten Statuten und eines

Mitgliederverzeichnisses, und sehen wir der Resolution der hohen Staatsregierung nun baldigst entgegen. Als Mitglied des Vereins für gemeinsame Arbeiten zur Förderung der wissenschaftlichen Heilkunde bereits im Besitz des Correspondenzblattes wurde von unserer Gesellschaft nun auch das Archiv desselben anzuschaffen und bei den hiesigen Mitgliedern circuliren zu lassen beschlossen. Als Geschenke aber gingen ein: der erste Jahresbericht der Poliklinik für Kinder zu Leipzig von Dr. *Hennig* und Dr. *Gust. Höfler's* Schrift über die jod- und schwefelhaltigen doppeltkohlensauren Natronquellen bei Tölz in Oberbayern.

Die wissenschaftlichen Verhandlungen der Gesellschaft im letzten Jahre vertheilen sich auf nur 11 (die 26. bis 36.) Sitzungen, welche am 21. April, 19. Mai, 16. Juni, 21. Juli, 18. August, 20. October, 17. November, 15. December 1856, 19. Januar, 16. Februar und 16. März 1857 abgehalten wurden, während die Septemberversammlung vorigen Jahres ausfallen musste, da das gewöhnliche Local anderweitig in Beschlag genommen worden war, die Anberaumung derselben an einem anderen Orte aber unrathsam erschien, zumal eine grosse Zahl der ordentlichen Mitglieder gerade zu der damals tagenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte nach Wien gereist war. (Ueber die in der geburtshülflichen Section derselben stattgefundenen Besprechungen berichtete Dr. *Hennig* in unserer 32. und 33. Versammlung.) In unserer letzten, der 36. Zusammenkunft, erfreuete uns der Besuch des Herrn Privatdocenten Dr. *Gurlt* aus Berlin.

Unter den Gegenständen aus dem Gebiete der theoretischen Geburtskunde gedachte zunächst Dr. *Meissner* sen. (28. Sitzung) der Ansicht von *Judée* (Gazette des Hôpitaux 3. Avril 1855), nach der die Menstruation als einzig aus den Muttermundslippen erfolgend dargestellt wird, weil in den Leichen einiger zur Zeit der Katamenien Verstorbenen dieselben von Blut strotzend und von schwarzer Farbe gefunden wurden, wogegen indessen geltend gemacht wurde, dass öfters bei Frauen, die nach überstandenem Kaiserschnitte eine Uterinfistel zurückbehielten, durch diese die Aussonderung des Menstrualblutes zu geschehen pflegte, dass Personen mit Atresia uteri Blutansammlungen in der Gebärmutterhöhle zeigen,

Andere dagegen, wo die Portio vaginalis durch Carcinom zerstört, oder auf operativem Wege entfernt wurde, unausgesetzt fort menstruirten, dass endlich *Osiander* und Andere bei Frauen mit completem Prolapsus des Uterus und *Weber* bei der Leiche einer Selbstmörderin die Absonderung an den Wänden des Grundes und der Höhle eben so stark wie am Halse beobachten konnten. — Anknüpfend an eine in der 36. Versammlung stattfindende Besprechung über den Einfluss besonderer Verhältnisse des menschlichen und thierischen Körpers auf deren Nachkommenschaft verlas Dr. *Ploss* eine zunächst für die hierselbst erscheinende agronomische Zeitung des Dr. *Wilhelm Hamm* verfasste Anfrage und Aufforderung zu Untersuchungen über die Ursachen, welche das Geschlecht der Thiere bedingen, (abgedruckt in No. 12 des XII. Jahrganges d. d. 16. März 1857), worin derselbe, ausgehend von der Thatsache, dass bei Pflanzen und Thieren gewisse äussere und besonders in der Ernährung begründete Verhältnisse wichtige Momente für die Gestaltung und Form, wie namentlich das Geschlecht der jungen Pflanzen und Thiere abgeben, vorerst die Landwirthe zu Experimenten anzuregen sucht, welche sich den seit einiger Zeit aufgenommenen Fütterungsversuchen anreihen sollen, und durch die ermittelt würde, welchen Einfluss die Fütterung auf die Production des Geschlechtes bei Thieren hat. Das Resultat dieser Untersuchungen hofft unser College *Ploss* bei der ihn jetzt beschäftigenden Arbeit über Aufsuchung der die Geschlechtserzeugung beim Menschen bedingenden Ursachen benutzen zu können. — Als für die Semiotik der Geburtskunde von Wichtigkeit gedachte Dr. *Sickel* in der 33. Zusammenkunft des zuerst von *Stoltz* gehörten Geräusches am Unterleibe Schwangerer, das dem von gährenden Flüssigkeiten durchaus ähnlich, nach dem Absterben des Kindes auftreten soll; sowie der Behauptung von *Maillant*, dass von den Bewegungen der Frucht herrührende Geräusche schon in der 14. Schwangerschaftswoche hörbar sein sollen. — Mehrfach wurden ferner die pathologischen Zustände der Schwangeren Gegenstand der Unterhaltung. So sprachen sich die in der 30. Sitzung anwesenden Mitglieder auf die Anfrage des Collegen *Hennig* über die bei hochgradigem Oedem der Schamlippen während

der Geburt gemachten Erfahrungen einstimmig dahin aus, dass dasselbe nicht sowohl ein Geburtshinderniss abgeben, wohl aber das Anlegen der Zange etwas erschweren könne. — In den darauffolgenden Versammlungen schlossen sich daran Besprechungen über das allgemeine Oedem Schwangerer und dessen Behandlung, an denen sich fast alle Gegenwärtigen betheiligten. — In der letzten (36.) Zusammenkunft theilte sodann Dr. *Kirsten* die bei einer Reihe von Untersuchungen über den Zuckergehalt des Harns bei Schwangeren und Wöchnerinnen*), die sich an die Versuche von *Blot* anschliessen, gewonnenen Resultate mit. Nach diesen zeigt sich die Anwesenheit des Zuckers besonders häufig, wenn das Stillen plötzlich unterbrochen wurde und bei puerperalen Erkrankungen, eine Verminderung aber war besonders ersichtlich bei gesunden Wöchnerinnen und bei abnehmendem Milchandrange in den Brüsten der Abstillenden. — Günstigen Erfolg von Chloroform-Inhalationen bei Eclampsia gravidarum sah Dr. *Meissner* sen. zufolge seines Referates am 16. Juni vorigen Jahres. — Ueber die Melancholie der Schwangeren endlich verbreitete sich Referent dieses am 34. Gesellschaftstage in einem längeren Vortrage, der sich unter Bezugnahme auf des gefeierten *Ideler* Arbeit über den Wahnsinn der Schwangeren in den Berliner Charité-Annalen VII. Jahrgang 1. Heft, p. 28 hauptsächlich auf die Pathogenese der psychischen Störungen während der Gravidität erstreckte. — Hypertrophie der Placenta mit Uebergang zur Blasenmolenbildung neben sonst wohl gebildetem Kinde sah Dr. *Meissner* zu Folge einer Mittheilung desselben am letzten Abende des abgelaufenen Gesellschaftsjahres. — Der Letztgenannte erzählte weiter am selbigen Tage, wie er einmal als längstes Intervallum einen Zeitraum von 17 Tagen zwischen den Geburten zweier Zwillingskinder gesehen habe. — Eines Falles von um 4 Wochen verlängerter Schwangerschaft, nach deren Ablauf das wesentlich vergrösserte, mit der Zange zur Welt geförderte Kind ein damals noch bestehendes Cephalhaematom zeigte, gedachte Dr. *Hennig* am Abende des 19. Mai und widerlegte den Einwurf eines wohl zu Grunde liegenden Rechnungsfehlers durch die Angabe,

*) Vgl. Monatsschr. f. Geburtskunde Bd. IX, Hft. 6, S. 437.

dass er dann die Herztöne in der 13., das Placentargeräusch aber in der 16. Woche gehört haben müsse, was erfahrungsgemäss doch nicht anzunehmen ist. —

Nicht minder zahlreiche Vorträge wurden über operative Geburtshülfe gehalten. Dr. *Hennig* zeigte in der Aprilsession Abbildungen der verschiedenen Methoden der Dammnaht und Prof. Dr. *Günther's* Methode beim Kaiserschnitt, deren schon im vorjährigen Berichte Erwähnung geschah, wobei derselbe zugleich einige Notizen über die zweite hierselbst darnach Operirte anknüpfte. Der Ausgang war diesmal ein ungünstiger, wozu vielleicht die Umstände Veranlassung gaben, dass die Operation erst längere Zeit nach Abfluss des Wassers angestellt, der Einschnitt in den Uterus zwar mit den äusseren Bauchdecken coincidirend verrichtet wurde, aber mehr das untere Segment traf, und sich endlich auch der Entwickelung des Kopfes wegen dessen Einkeilung in das Becken Hindernisse in den Weg stellten. — Durch zwei Sitzungen (Juni und Juli v. J.) unterhielt uns weiter Dr. *Hennig* mit seinem später auch in Wien bei der Naturforscher-Versammlung mitgetheiltem Vorschlage, zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt die Electricität durch eine auf die Eintrittsstelle des sympathischen Geflechts in den Fruchthälter in der Nähe des Promontoriums sicherer influirende Weise zu benutzen. Der Sprecher zeigte zu dem Ende einen nach seiner Angabe gearbeiteten Apparat vor, der aus zwei biegsamen, weichen und durch Gutta-Percha-Ueberzug gehörig isolirten Kupferdrähten besteht, oben mit zwei olivenförmigen Platten versehen ist, und durch den Mastdarm bis ans Promontorium eingebracht werden soll. Von den gegen diesen Vorschlag bei den mehrfachen deshalb gepflogenen Unterhandlungen gemachten Einwürfen mögen hier nur der Bedenken wegen des zarten Kindeslebens, der nicht zu umgehenden Reizung des Mastdarmes, wie der trotz dieses Apparates nicht zu verhindernden Aufregung in der Innervation des Collum uteri, dessen Kreisfasern in ein andauerndes Zittern und Beben versetzt werden, gedacht sein. — Ueber die Vortheile der Cephalotrypsie sprach Prof. Dr. *Credé* in der 35. Versammlung unter Wiederholung der betreffenden Operation an dem Leichname eines auf der zahlenden Abtheilung des *Trier*'schen Instituts nach voraus-

geschickter Perforation somit geborenen Kindes, und unter Zugrundelegung eines der pathologischen Sammlung in gedachter Anstalt entnommenen sehr verengten Beckens sowie Mittheilung der betreffenden Geburtsgeschichte. Die von Eclampsie befallene Kreissende war zunächst mit einer Venaesection behandelt, dann die Zange vergeblich an den hoch im grossen Becken stehenden Kopf angelegt worden, da sich aber darauf ein Vorfall der nicht mehr pulsirenden Nabelschnur fühlen liess, wurde unter Anwendung von Chloroform-Inhalationen die Perforation, Cephalotrypsie sowie die Extraction an den Füssen der gewendeten Frucht angestellt und so die Geburt in kurzer Zeit beendet, der bei der Wöchnerin zurückgebliebene Kopfschmerz aber durch Sinapismen und kalte Ueberschläge beseitigt. — Ein von mehreren Mitgliedern der Gesellschaft behandelter Geburtsfall, bei dem ein grosser Hydrocephalus ein wesentliches Hinderniss abgab, und der durch unseren Collegen Dr. *Hennig*, sowie Herrn Privatdocent Dr. *E. Wagner* in *Virchow's* Archiv bereits der Oeffentlichkeit übergeben wurde, kam in der 26. Versammlung zur Mittheilung. — In der darauffolgenden Sitzung sprachen sich mehrere Collegen über das öftere Vorkommen von Fissuren und Fracturen auch an dem nachfolgenden Kopfe, sowie von Eindrücken der Schädelknochen, Nabelschnurvorfall und Hasenschartenbildung bei mehreren aufeinanderfolgenden Geburten derselben Mutter aus. — In der 30. Zusammenkunft am 18. August theilte Dr. *Meissner* sen. vorläufig einige Zahlenverhältnisse von 4000 an ihn ergangenen Aufforderungen zu geburtshülflichen und gynäkologischen Operationen mit, die später zu einem Vortrage für die hiesige medicinische Gesellschaft verarbeitet sich bereits in der Monatsschrift für Geburtskunde 9. Bd. 1. Hft. abgedruckt vorfinden. — Schon am vorhergehenden Gesellschaftstage erzählte derselbe einen Fall von Ruptura uteri in der Schwangerschaft, Eintritt des Kindes in die Bauchhöhle und Ausziehung desselben an den Füssen durch die Rissstelle; — und berichtete über eine wesentlich erschwerte Wendung bei Querlage mit eingekeilter Schulter nach mehrtägigem Abgange des Fruchtwassers, die aber noch unter Nachahmung der Versio spontanea vermittels Andrängens des vorgefallenen Armes an die Symphysis ossium pubis und Herabziehen des Steisses ermöglicht

wurde. Schon bei dieser Gelegenheit wurde eines zur gerichtlichen Recognition gelangten Falles (von Ruptura uteri nach erschwerter Wendung, Ausschneidung und Entfernung einiger Eingeweide anstatt der in die Bauchhöhle entschlüpften Nachgeburt) der im Dorfe T. bei R. vorgekommen war, in der Debatte erwähnt, hinsichtlich dessen vom Prof. Dr. *Credé* am 16. Februar d. J. sein über das Verhalten der Hebamme und der beiden betheiligten Geburtshelfer dabei im Auftrage der medicinischen Facultät ausgearbeitetes Superarbitrium zur Mittheilung gelangte. — Die in öffentlichen Blättern enthaltenen Nachrichten über die Entbindung der Kaiserin *Eugenie* von Frankreich unterwarf Hofrath *Joerg* in der 26. Zusammenkunft den 21. April v. J. einer kritischen Besprechung unter vorzüglicher Bekämpfung des Gebrauchs der Chloroform-Inhalationen und der langen Zangen. — Von einem in der Privatpraxis vorgekommenen Todesfalle einer durch Blutung aus Atonia uteri umgekommenen, kurz vorher wegen tuberkulösen Lungenleidens mit der Zange entbundenen Wöchnerin berichtete der als Consiliarius zugerufene Professor Dr. *Credé* am 19. Januar a. c.

Was aus dem Bereiche der Gynäkologie und Pädiatrik sonst noch zum Vortrage gelangte, beschränkt sich zum grössten Theile auf die Mittheilung practischer Erfahrungen. So berichtete Dr. *Meissner* sen. (26. Versamml.) über die Entfernung eines drei Jahre alten, Kindeskopf grossen Polypen der Gebärmutter und (36. Sitzung) einer faustgrossen massiven Holzkugel (die als Pessarium in die Scheide gebracht einen enormen Fluor albus bewirkt hatte) und beide nur mit Hülfe der Geburtszange zu Tage gefördert werden konnten, während in der 29. Zusammenkunft der Referent dieses einen kleineren fibrösen Uteruspolypen gleichfalls vorzeigte, der fünf Jahre existirt hatte und durch die Scheere entfernt worden war. — Anschliessend an die im vorigen Jahre gemachten Mittheilungen über Fibroide des Uterus berichtete Dr. *Hennig* am 18. August v. J. über das Verschwinden eines derartigen Productes unter Anwendung der von einem hiesigen Collegen als Hausarzt verordneten (Jodkali?) Salbe. — Ein seltenes pathologisches Präparat zeigte Prof. Dr. *Credé* am 15. December vor, welches von einer an Ascites gestorbenen Hökerin herrührte und enorme

carcinomatöse Ablagerungen auf dem Peritonäalüberzuge des Uterus als Ursache nachwies. — Unter mehreren anderen Lesefrüchten gedachte ferner in der 28. Sitzung eines von *Harvey* (Edinburgh med. and surg. Journ. 1855 Avril) beschriebenen, jedenfalls aber schlecht beobachteten Falles von Vorfall der überfüllten Harnblase, die sich bei der Geburt unter Entleerung von $1\frac{1}{2}$ Quart Wasser wieder verloren haben sollte, der Dr. *Meissner* sen., indem er sich dahin aussprach, dass wahrscheinlich ein abgesackter Ascites vorhanden gewesen sei. — Derselbe sprach auch am gleichen Tage noch über die von *Hassinger* (Wiener Wochenschrift vom 11. Juni 1855) und *Negligan Moore* (Dublin quartery Journ. 1855 Mai) beschriebenen Fälle von Schwarzfärbung des Gesichts bei Kindern, die mit Menstruationsstörungen, Blutbrechen, Bluthusten und hysterischen Zufällen der Mütter in Verbindung zu stehen scheint; sowie in der letzten Versammlung des abgelaufenen Jahres über angeborne Kinderkrankheiten, die sich auf die Einwirkung eines abnormen männlichen Sperma's zurückführen lassen. — Bei einem an Asthma Millari leidenden Kinde sah Referent dieses eine bewegliche Verbindung aller rechtsseitigen Rippen mit den daran stossenden Rippenknorpeln eintreten und brachte diesen Gegenstand in der 27. Zusammenkunft mit auf die Tagesordnung. Im Anschluss an seinen Reisebericht zur Wiener Naturforscher-Versammlung gedachte Dr. *Hennig* am 15. December v. J. einiger Fälle von Stricturen des Oesophagus nach Corrosionen durch ätzende Substanzen, besonders Schwefelsäure, die er in der Kinderpoliklinik des Dr. *Lusczinski* in Wien gesehen und bewunderte die Leichtigkeit, mit der diese Kinder das Einführen der Schlundsonden gestatteten. — Diesem Collegen war im vorigen Sommer auch No. 14 der zu New-York im zweiten Jahrgange erschienenen Zeitschrift „die neue Zeit" vom 12. Juni 1855 zugekommen, aus der in der Augustsession ein Aufsatz über Cholera infantum, dort Sommerkrankheit der Kinder genannt, zum Vortrage kam. In demselben wurde besonders die Hitze im Monat Juli, die schlechte Atmosphäre in den Wohnungen bei Unreinigkeit der Strassen, sowie Entwässerung und Entkohlung des Blutes durch starke Schweisse als hauptsächlich schädliches Moment bezeichnet.

Als neue Erscheinungen der Literatur wurden endlich in den Versammlungen vorgelegt die ersten Lieferungen der neuen Compendien über Geburtshülfe von *Braun* und *Spaeth*, sowie *Anselm Martin's* Schrift über die neue Gebäranstalt in München und *Casper's* Handbuch der gerichtlichen Medicin, thanatologischer Theil.

XXXIV.

Notizen aus der Journal-Literatur.

Gregor Schmitt: Ein Beitrag zur Lehre von der Entstehung und Bedeutung des Nabelschnur-Geräusches.

Verf. theilt 5 Fälle über obiges in seiner Entstehung und Bedeutung endgültig noch nicht bestimmtes Geräusch mit und bemerkt von vornherein, dass es im Ganzen selten gefunden werde, indem diese 5 Fälle die einzigen bei circa 500 Geburten waren.

Im ersten Falle trat das Geräusch im ersten und zweiten Monate anstatt der Herztöne auf, weshalb man Umschlingung oder Compression der Nabelschnur vermuthete. Eine Umschlingung zeigte sich jedoch später nicht, dagegen wies die Section des todt gebornen Kindes starke Hypertrophie des rechten Ventrikels, Insufficienz der Valvula mitralis und tricuspidalis, sowie Auflagerung vieler hellrother gelatinöser Körnchen auf diesen beiden Klappen nach. Die arteriellen Klappen waren normal, der rechte Vorhof und das Foramen ovale aussergewöhnlich weit.

Im zweiten Falle fand das Blasegeräusch an der Stelle des ersten fötalen Herztones statt und es ergab sich später, dass der Nabelstrang zwei Mal sehr straff um den Hals geschlungen. Das Kind starb nach wenigen Athemzügen, am Herzen liess sich bei der Section nichts Abnormes finden.

Beim dritten Falle bestand Vorfall der Nabelschnur, gegen welche der Kopf ziemlich fest andrückte. Vor dem Eintritte des Vorfalls waren die fötalen Herztöne rein und deutlich, während des Vorfalles war das Blasegeräusch deutlich, dasselbe verschwand jedoch wieder nach glücklich vollführter Reposition der Nabelschnur. Die Nabelschnur kam jedoch nach einiger Zeit wieder zum Vorschein und mit ihr erschien auch wieder das Geräusch, ja dasselbe wurde sogar deutlich gehört, als man auf eine bis

vor die Genitalien herabgetretene Nabelschnurschlinge ein Stethoscop aufsetzte. Das Kind starb gleich nach der Geburt, das Herz war normal.

Im vierten Falle waren die Herztöne von einem starken Blasen begleitet, das jedoch bald schwächer, bald stärker zu hören war. Bei der Geburt fand sich nichts Abnormes und die Herztöne des gebornen Kindes waren rein.

Im fünften Falle fand sich das Geräusch statt des ersten Herztones und später eine straffe Umschlingung um den Hals. Die Herztöne des gebornen Kindes waren gleichfalls rein.

Verf. glaubt durch diese Fälle nachgewiesen zu haben, dass das fragliche Geräusch entstehen könne 1) durch Klappenfehler, 2) durch Umschlingungen der Nabelschnur um den Hals des Kindes, 3) durch anderweite, von der Lage des Kindes abhängige Compressionen des Nabelstranges. Er vereinigt also die früher getheilten Ansichten anderer Beobachter. — Die praktische Bedeutung sei bisher unterschätzt worden, da man doch wohl berechtigt sei, dem Kinde eine zweifelhafte Prognose zu stellen, da es in augenscheinlicher Lebensgefahr sich befinde. Danach könne man denn auch sein Handeln einrichten.

(*Scanzoni's* Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie Bd. 3, S. 173, 1858.)

Lumpe: Vier Fälle von künstlicher Frühgeburt.

Verf. ist der Ansicht, dass die künstliche Frühgeburt noch immer zu selten ausgeführt werde, obwohl so häufig die Anzeigen dazu als vollkommen gerechtfertigt, ja dringlich und unerlässlich dastehen. Er hat in letzter Zeit 4 Mal die Operation gemacht. 1. Eine 30jährige, ungemein fettleibige Frau hatte 4 Mal sehr schwer geboren und öfter abortirt, die Kinder waren immer stärker geworden, je mehr sie selbst an Körper zunahm; das letzte war schwer mit der Zange todt entwickelt und hatte 11 Pfund gewogen. *L.* machte die künstliche Frühgeburt in der 36. Schwangerschaftswoche, zuerst reichte er Borax, dann wurden warme Bäder genommen, dann die Scheide tamponirt; als jetzt wehenartige Erscheinungen auftraten, wurde der Tampon entfernt, dagegen Dunstb der und Pressschwamm applicirt. Nun kamen kräftigere Wehen, das Wasser ging ab, aber erst in der fünften Nacht traten Treibwehen und die Geburt eines gesunden Kindes ein, welches am Leben blieb, trotz folgender Diarrhöe und Icterus. Die Wöchnerin hatte Phlegmasia alba dolens zu bestehen. 2. und 3. In diesen Fällen wurde wegen Beckenverengerung im achten Schwangerschaftsmonat die Uterindouche (*Kiwisch*) 4 Mal täglich 10 Minuten lang vorgenommen; es erfolgten glückliche Entbindungen. 4. An einer 35jährigen, sehr kleinen, aber nicht rhachi-

tischen Person hatte nach 2tägigem Geburtsgeschäft und 10stündiger unverrückt bleibender Kopfstellung die Perforation gemacht werden müssen. Die Conjugata betrug 3″ und der obere Rand beider Schambeine ragte stark nach einwärts. Bei der jetzigen Schwangerschaft wurde in der 32. Woche die Frühgeburt nach *Cohen's* Methode eingeleitet. Zuerst zwei Mal, je 5 Minuten lang die warme Uterusdouche applicirt, worauf Spannungsgefühl und allgemeines Ergriffensein folgten. Am 3. Tage wurde ein elastischer Katheter in den Muttermund eingeführt und durch denselben warmes Wasser eingespritzt; als dies nach 12 Stunden wiederholt wurde, traten Wehen ein und 8 Stunden später war die Geburt glücklich beendigt; das Kind lebte, war aber schwach und starb nach 5 Monaten atrophisch. —

Schliesslich erklärt sich Verf. für die *Cohen*'sche Methode als die beste der bisher bekannten.

(Wiener mediz. Wochenschrift No. 1, 1858.)

Coesfeld: Zwei Fälle von künstlicher Frühgeburt nach *Cohen's* Methode.

Die erste Frühgeburt wurde in der 32. Woche eingeleitet und täglich 4 Mal 5 Tage hindurch die Einspritzungen gemacht, was leicht auszuführen war; dann stellten sich die ersten Wehen ein, 10 Stunden später erfolgte der Blasensprung, die Geburt musste aber wegen Querlage künstlich beendigt werden, wobei das Kind starb. Die Mutter blieb gesund.

In dem zweiten Falle wurde die Geburt in der 31. Woche eingeleitet und schon am ersten Tage nach 3 Einspritzungen kam sie in vollen Gang. Auch hier musste das Kind wegen Querlage gewendet werden, kam zwar lebend zur Welt, verstarb aber bald darauf.

Verf. glaubt, dass der schnellere oder langsamere Eintritt der Wirkung wesentlich von der Reizbarkeit des Individuum abhänge und empfiehlt die Injection mit kaltem oder kühlem Wasser zu machen, weil dies einen grösseren Reiz abgebe, als warmes Wasser.

(Med. Vereins-Zeitung No. 9, 1858.)

Gröningen: Drei Fälle von künstlicher Frühgeburt nach *Kiwisch's* Methode.

In zwei Fällen reichte die *Kiwisch*'sche Methode, aber energisch fortgesetzt allein aus und Mutter und Kind blieben am Leben. Im dritten Falle musste noch zum Eihautstiche geschritten werden, das Kind wurde wegen Querlage gewendet, kam schein-

todt zur Welt und konnte auch nicht belebt werden. Die Zeit war jedes Mal zwischen der 32.—36. Schwangerschaftswoche gewählt worden. Die Einspritzungen von 32—34° R. wurden im ersten Falle neun Tage, im zweiten Falle 12 Tage und im dritten Falle 7 Tage täglich 3 Mal $^1/_4$ Stunde lang fortgesetzt. *G.* rühmt die Methode als einfach, schonend und leicht ausführbar.

(Organ für die gesammte Heilkunde des med. chir. Vereins. Jahrg. 6, Heft 4, S. 215.)

Marnitz: Geburtsfall von zusammengewachsenen Zwillingen.

Bei einer Mehrgebärenden, die bisher stets leicht entbunden war, folgte dem bereits gebornen Kopfe des Kindes der Rumpf nicht, so dass nach lange fortgesetzten Bemühungen der Hebamme die Hülfe *M.'s* beansprucht wurde. Dieser fand einen grossen Kopf geboren, das Kind bereits todt und erschöpfte gleichfalls anfangs vergeblich seine Kräfte. Die Vermuthung einer Missbildung wurde durch die Entwickelung dreier Aermchen zur Gewissheit. Auf neue kräftige Züge folgten zuerst die 4 Beine, dann der verwachsene Rumpf und der zweite Kopf. Die Kinder waren sehr stark entwickelt, 2 Mädchen, in ihrem Rumpfe vom Manubrium sterni bis zum Nabel verwachsen, so dass sie sich die Gesichter zuwendeten. Sie hatten nur einen Nabel, einfache Nabelschnur und Placenta. Die Section wurde nicht gestattet.

(Organ für die gesammte Heilkunde des med. chir. Vereins. Jahrg. 6, Heft 4, S. 197.)

Ramis und *Breslau:* Ein seltener Fall von Doppelmissbildung, von Xiphodymie.

In Baiern kam den 17. Novbr. 1857 die 39jährige verehelichte *Schauer* zum vierten Male nieder. Bisher war weder bei ihren Schwangerschaften, noch Geburten irgend etwas Ungewöhnliches vorgekommen. Bei ihrer jetzigen Entbindung stellten sich am 16. Novbr. die Vorwehen ein, am 17. Vormittags 10 Uhr sprang die Blase, um $^1/_2$11 Uhr wurde ein Kopf geboren, hinter diesem kamen 2 Füsse zum Vorschein, dann der Rumpf mit 4 Armen und zuletzt der zweite Kopf, ohne besondere Anstrengung der Gebärenden und ohne Zuthun der Hebamme. Das Doppelkind kam lebend zur Welt, hatte also 2 Köpfe, 2 Brustkörbe mit 4 Schultern und 4 ganz gesonderten Armen, und die Gesichter waren einander zugewendet, indem die Brustbeine mit ihren Schwerdtfortsätzen verwachsen waren. Unten fanden sich: ein Unterleib mit 2 Beinen, ein Nabel, eine Geschlechts- und eine Afteröffnung. Beigegebene Abbildungen erläutern den Fall. Aus dem Kreuzbein kam ein kleiner häutiger Anhang ohne Knochenandeutung hervor.

Das Geschlecht war deutlich weiblich und die Kinder erschienen reif und ausgetragen nach genauer Messung und Berücksichtigung aller Erscheinungen. Sie wurden *Anna* und *Maria* getauft und fristeten 8 Tage lang ihr Leben. Es waren wirklich zwei einzelne Wesen an ihnen zu beobachten, die ein wunderbares Doppelleben führten. Sie weinten viel, bald gleichzeitig, bald das eine allein, während das andere schlief, litten abwechselnd an Fraisen, der Herzpuls für beide war deutlich gesondert, sie bewegten ihre Arme verschieden, nicht derselben Anregung folgend, dagegen ging das Verdauungswesen theilweise gemeinschaftlich vor sich. Der After entleerte Kindespech, dann gelbliche und weiche Excremente, auch der Urin wurde gut entleert, jedoch nahmen beide Kinder trotz aller Bemühung nicht die geringste Nahrung zu sich, es starb zuerst das rechte und sieben Minuten später das linke Kind. — Bei der Section ergab sich bis zum Zwerchfelle hin eine vollständige Trennung sämmtlicher Organe. Im Bauche lag eine grosse gemeinschaftliche Leber, eine Gallenblase, eine Nabelvene und eine Pfortader. Dagegen zwei Magen, 2 Milzen und der Dünndarm lag zunächst doppelt neben einander in einem Gekröse, etwa 5—6″ lang, dann vereinigten sich beide Darmröhren unter einem spitzen Winkel zu einem Einzigen, das etwa noch 1″ lang als Dünndarm fortging, um dann auf die gewöhnliche Weise in den Blinddarm einzumünden. Dickdarm und Mastdarm waren also einfach, ebenso die ganzen Urin- und weiblichen Geschlechtswerkzeuge. Die Wirbelsäulen vereinigten sich erst im Becken. —

Der Fall bietet mehrfaches Interesse: 1) durch die natürliche Geburt, 2) durch das Leben der Kinder, 3) durch die Form der Verschmelzung, wodurch sie zu den Xiphodymen *(St. Hilaire)* gehören. Mehrere solcher Kinder blieben längere Zeit am Leben, so die bekannten sardinischen Schwestern *Rita-Christina*, lebten über 8 Monate, der Fall von *Buchanan*, lebte 28 Jahre. Die bekannten ungarischen Schwestern *Judith* und *Helene*, sowie die Siamesischen Zwillinge gehören nicht in die Klasse der Xiphodymen.

(Aerztliches Intelligenzblatt Baierns No. 8, 1858.)

Tuppert: Ein Fall von Atresia uteri congenita mit nachfolgender Schwangerschaft.

Ein kräftiges Bauermädchen litt seit ihrem 17. Jahre an vierwöchentlich periodisch wiederkehrenden krampfhaften Schmerzen im Unterleibe, ohne dass Blutabgang bemerkt wurde. Nach einigen Jahren leisteten alle 6—8 Wochen angestellte Aderlässe die meiste Erleichterung. Als *T.* die Kranke zum ersten Male 1846, am 18. April in ihrem 29. Jahre sah, bot sie ein jammer-

volles Bild zerstörter Gesundheit. Die genaue Untersuchung wies deutlich einen bis zum Nabel durch zurückgehaltenes Menstrualblut aufgetriebenen Uterus nach, derselbe war tief in die sonst normale Schpide herabgedrängt, die Port. vagin. war verstrichen und statt des Muttermundes liess sich nur eine seichte Querfurche auffinden. Die vorgeschlagene Operation wurde freudig gestattet und mit einem Troikart eine dickbreiige, kastanienbraune geruchlose Flüssigkeit sehr allmälig entleert. Die Kranke fühlte sich sofort erleichtert, nach 6 Tagen hatte der Uterus nur noch die Grösse einer Mannsfaust, und bald erholte sich die Patientin. Nach 14 Tagen trat die erste Menstruation ein, und wiederholte sich etwa alle 2—3 Wochen. Nach 6 Monaten war jedoch die künstliche Oeffnung wieder verschlossen und von neuem musste der Troikart zu Hülfe genommen werden; die Menses traten einige Male regelmässig ein, nach 3 Monaten war jedoch wiederum eine Verwachsung erfolgt. Jetzt wurde ein kleines bleiernes, 1″ langes Röhrchen eingelegt, das oben mit einem durchlöcherten Knöpfchen, unten mit einer kleinen Platte versehen und so angebracht war, dass das Knöpfchen durch den Muttermund hindurch geschoben, die Platte gegen den Muttermund angedrückt wurde. So blieb das Röhrchen 3 Monate unverändert liegen, eine Verwachsung folgte nicht mehr, dagegen wurde 4 Jahre darauf die Patientin schwanger und gebar regelmässig.

(*Scanzoni:* Beiträge zur Geburtsk. u. Gynäkologie Bd. 3, S. 163, 1858.)

Dor: Ueber die Contagiosität des Kindbettfiebers.

Gestützt auf genaue Beobachtungen während einer Kindbettfieberepidemie zu Prag während der ersten Monate des Jahres 1857 kommt Verf. zu dem Schlusse, dass in dieser Epidemie die Veränderungen der atmosphärischen Verhältnisse von viel auffallenderem Einflusse gewesen seien, als die Contagiosität und dass wohl überhaupt der Einfluss der Contagiosität überschätzt werde. Interessant sind einige nähere Angaben über die atmosphärischen Schwankungen und ihre Beziehung zu den Erkrankungen. Die ersten Monate des Jahres 1857 waren in Prag auffallend veränderlich in Bezug auf die Witterung. Während zu Ende Februar ein sonniges und verhältnissmässig sehr warmes Wetter bestand, wurde der März kalt und feucht und Schnee erhielt sich noch bis Ende April. Der Wechsel in der Witterung war häufig und meist plötzlich und dadurch leicht zu controliren. Unter andern war der 8. März kalt und regnicht, von 6 Entbundenen erkrankten 4; das Wetter wurde besser bis zum 11. März und von den täglich durchschnittlich 4—5 Entbundenen erkrankte keine; den 11. März kalt, feucht, neblicht, 3 Entbundene erkrankten sämmtlich; den 12. März milderes und ruhigeres Wetter, 4 Ent-

bundene, keine erkrankt; den 18. März Regen und Schnee, 3 Entbundene, 2 erkrankt; vom 13.—19. März kaltes, aber trocknes Wetter mit heiterm Himmel, von allen Entbundenen erkrankte nur eine am 17.; dann waren der 19. und 23. März verderbliche Tage, am 19. regnete es den ganzen Tag, am 23. bestand das abscheulichste Wetter bei Schnee und Regen, am 19. 5 Entbundene und 4 erkrankt, am 23. 6 Entbundene und sämmtlich erkrankt. Zwischen beiden Tagen war gutes Wetter und keine Erkrankung. Verf. könnte diese Angaben weiter ausdehnen, hält aber den angegebenen Zeitraum von 15 Tagen beweisend genug, dass die atmosphärischen Einflüsse für das Kindbettfieber von der allerhöchsten Bedeutung seien. Auffallende Beweise der Contagion konnten dagegen in derselben Zeit nicht aufgefunden werden, wenngleich auch hierauf die grösste Aufmerksamkeit verwendet wurde.

(Gazette hébdomadaire No. 9, 1858.)

Kirn: Fall von Atresia vaginae.

Ein 20jähr. Mädchen hatte schon längere Zeit bleichsüchtige Beschwerden, bekam dann zum ersten Male im Juni 1855, dann wieder im August 1856 Molimina menstrualia, aber ohne Blutgang, war übrigens wohl. Im Decbr. 1856 traten heftige Beschwerden beim Urinlassen und Stuhlgange ein, die die Kranke veranlassten, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Es zeigte sich eine starke gewölbte blasenartige Geschwulst an Stelle der äusseren Genitalien, gleich als ob ein ziemlich grosser Kindeskopf im Einschneiden wäre; die Geschwulst sah bläulich aus, war in ihrem Durchmesser $3^1/_2$″ breit, spannte das Mittelfleisch und die grossen Schamlippen bildeten mit den Schamhaaren einen runden Kranz um die Geschwulst. Von den kleinen Schamlippen war nichts zu finden; der Unterleib war aufgetrieben wie bei einer Schwangeren im 8. Monate, und sowohl vom Bauche als vom Mastdarm aus, als auch an der Geschwulst zwischen den Schamlippen zeigte sich deutliche Fluctuation. Die Diagnose lag klar vor, dass eine Verschliessung der Scheide das Menstrualblut zurückgehalten hatte. Es wurde ein Längenschnitt von $2^1/_2$″ Länge in die Geschwulst gemacht, worauf 3—$3^1/_2$ Mass einer dickflüssigen, geruchlosen, dem Theere ähnlichen Flüssigkeit abging. Der Leib sank nun zusammen, der Scheidentheil zeigte sich verstrichen, der Muttermund stand für einen Finger geöffnet, die Scheide war weit und schlaff. In sehr kurzer Zeit zogen sich die Genitalien zum normalen Verhalten zusammen, die Wunde heilte ohne Störung, nur dass die Oeffnung zu eng zu werden drohte, weshalb sie nochmals nach hinten zu erweitert wurde. Die Menstruation trat von nun an in regelmässiger Weise ein.

(Zeitschr. f. Wundärzte u. Geburtshelfer. Jahrg. X, Heft 3, S. 183.)

L. C. van Goudoever: Becken-Verengung, Querlage, misslückte Wendungsversuche und Embryotomie, Kaiserschnitt. Tod.

Der Verf., Professor der Chirurgie und Geburtshülfe in Utrecht erzählt folgenden höchst seltenen und traurigen Vorfall, der ihm in dieser Art in der Praxis noch nicht vorgekommen ist und der, wie er hofft, auch der erste und letzte bleiben möge: Am Mittwoch, 16. Januar 1856, wurde ich durch einen sehr geachteten Geburtshelfer zur Consultation bei der Madam *N.* gerufen, wo ich Morgens 11 Uhr eintraf und mir Folgendes berichtet wurde. Madam *N.* war 36 Jahre alt, von einem zarten Körperbau, mittelmässiger Statur und zum ersten Male schwanger. Sie war während ihrer Schwangerschaft ziemlich wohl gewesen, ihre Gemüthsstimmung indess sehr verändert, da sie mit grosser Angst ihrer Entbindung entgegengesehen. Der Umstand, dass ihre Schwester bereits drei Mal wegen Beckenverengung durch die Perforation hatte entbunden werden müssen, mag wahrscheinlich viel dazu beigetragen haben. Symptome von Rhachitis waren ihrer Aussage nach nicht wahrgenommen, ihre Extremitäten waren ganz gerade, die Columna vertebralis nur wenig gekrümmt. Schon seit 8 Tagen hatte sie dann und wann Schmerzen gefühlt, die für Unterleibskrampf gehalten waren, wobei von Zeit zu Zeit sich einige Flüssigkeit aus der Scheide ergoss und wodurch der früher sehr breite Unterleib allmälig weniger breit geworden war. Nicht vor Sonntag 13. Januar, also nachdem die Krampfwehen und der Ausfluss aus den Geschlechtstheilen bereits fünf Tage gedauert hatten, wurde ihr Geburtshelfer gerufen. Bei der vorgenommenen Untersuchung konnte dieser keinen vorliegenden Kindestheil entdecken, das Ostium uteri war geschlossen und hiermit auch nicht zu bestimmen, ob das Fruchtwasser abgeflossen. Diesen und die zwei folgenden Tage, Montag und Dienstag, blieb der Zustand ungefähr derselbe, die Kreissende war ziemlich wohl, nur durch verschiedene, beinahe schlaflose Nächte ermüdet. In der Nacht vom Dienstag auf Mittwoch um $12^1/_2$ Uhr wurde der Geburtshelfer gerufen, da die Geburt jetzt einen Anfang genommen zu haben schien. Anfangs konnte noch kein vorliegender Kindestheil gefühlt werden, jedoch bei grösserer Dilatation wurde ein Theil einer Extremität entdeckt, den man für ein Knie zu halten geneigt war, obschon er noch zu hoch stand, um ihn deutlich unterscheiden zu können. Es zeigte sich jetzt auch, dass die Wässer abgeflossen waren. Wegen schwacher Wehen wurde Secal. cornut. verordnet, welches jedoch theilweise wieder erbrochen wurde und keinen merklichen Einfluss auf die Contractionen des Uterus ausübte. Da der vorliegende Theil stets oben hoch stehen blieb, fühlte der Accoucheur sich veranlasst, mit der ganzen Hand eine innere Untersuchung anzustellen, wobei sich ergab, dass der Beckeneingang in der Conjugata verengt und der

vorliegende Theil der rechte Arm war. Dieser Umstände wegen wurde die Consultation vorgeschlagen. Ich fand die Frau ängstlich über die lange Dauer und den langsamen Fortschritt der Geburt mit einem ziemlich beschleunigten, aber nicht kleinen Pulse. Der Uterus war sehr klein, hart und prall, am Fundus breiter als am Corpus, aber doch jedenfalls weniger breit, als er gewöhnlich zu Ende der Schwangerschaft zu sein pflegt, ganz an der rechten Seite der Linea alba liegend und etwas schmerzhaft bei der Palpation. Kindestheile waren durch die prallen Bauchdecken nicht zu unterscheiden. Es wurde über einen anhaltenden Schmerz in der Lendengegend geklagt, aber von eigentlichen Wehen war keine Rede. Die Genitalia externa waren ziemlich weit. Ein geschwollener Arm, dessen Hand theilweise sichtbar war, hing in die Vagina herab. Bei näherer Untersuchung zeigte sich, dass der Fötus in einer zweiten Lage der rechten Schulter vorlag, also mit dem Kopfe nach rechts, dem Bauche nach vorn gerichtet. Das Ostium uteri hatte sich um den Arm fest contrahirt. Das stark prominirende Promontorium war dabei leicht mit dem Finger zu erreichen. Obgleich der geschwollene Arm eine genaue Messung der Conjugata unmöglich machte, wurde sie doch von uns auf $2^3/_4''$ geschätzt. Das Kind war ohne Zweifel todt. Wir hatten hier also zu thun mit einer nicht jungen Primipara, bedeutend verengtem Becken, einem Uterus, der stark um die Frucht contrahirt war, abgeflossenem Fruchtwasser seit 8 Tagen, tief vorgefallenem Arme bei einer Schulterlage mit dem Bauche nach vorn gerichtet, und dieses Alles bei einer bereits sehr geschwächten Frau. Hätte das Kind gelebt, wir würden jetzt schon an den Kaiserschnitt gedacht haben, nun da es todt war, mussten wir die Geburt auf eine für die Mutter möglichst gefahrlose Weise vollführen. Wir mussten also zum Wendungs-Versuche schreiten, um später den Kopf zu perforiren, oder auf andere Weise zu Tage zu fördern. Wir beschlossen demgemäss die Frau erst durch Chloroform-Inhalation zu betäuben, um hierdurch womöglich Erschlaffung des Uterus zu erzielen. Sie war bald in Schlaf gebracht, aber der Schlaf war nicht tief. Der Wendungsversuch in der Rücken- und Seitenlage missglückte gänzlich. Wir liessen darauf eine Knie- und Ellbogenlage annehmen, legten eine Schlinge um den vorgefallenen Arm, jedoch uns beiden war es unmöglich, weder mit der rechten, noch mit der linken Hand weiter, als bis zum unteren Rand der Rippen einzudringen. Das scharfe Promontorium verursachte der eingeführten Hand viele Schmerzen und der auch nach der Chloroform-Inhalation nicht im mindesten relaxirte Uterus verhinderte jedes tiefere Eindringen und jede Bewegung der Hand, welche nach einiger Zeit wie gelähmt zurückgezogen werden musste. Nachdem wir uns beinahe eine Stunde lang fruchtlos abgemüht, mussten wir es aufgeben, vollkommen überzeugt, dass die Wen-

dung unmöglich sei. Obgleich die Patientin sehr ermattet, hatte sie durch die Operation doch sehr wenig gelitten. Wir fanden indess doch rathsam, ihr einige Ruhe zu gönnen, etwas Nahrung zu reichen und alle Stunden eine kleine Dosis Opium. Um $1^1/_2$ Uhr verliessen wir die Kreissende und fanden ihren Zustand in Betreff des Uterus gegen 5 Uhr ganz unverändert, dieser war nur wenig schmerzhaft, aber somöglich noch kleiner geworden, als am Morgen, noch stärker um das Kind contrahirt, der Lendenschmerz war anhaltend und hinderlich, die äusseren Geschlechtstheile schmerzhaft, der Puls bedeutend kleiner und schneller, das Gesicht blässer. Die Prognose schien uns sehr ungünstig, und wir urtheilten es beide nothwendig, noch einen dritten erfahrenen Geburtshelfer zur Consultation hinzuzuziehen. Dieser war mit uns einverstanden, erst den Arm zu lösen und dann wieder zur Wendung zu schreiten. Ohne viel Mühe und ohne Schmerzen wurde der vorgefallene Arm oben unter der Schulter amputirt, darauf wurde die Frau wieder in die Knie-Ellbogenlage gebracht, Chloroform zum Einathmen gereicht, jedoch ohne Erfolg. Zu wiederholten Malen versuchte der durch uns zu Rathe gezogene Geburtshelfer mit der Hand in den Uterus einzudringen, aber es war ihm unmöglich weiter, als bis zur Regio inguinalis zu kommen; auch mir wollte es ebenfalls nicht glücken. Endlich gelang es dem anderen Geburtshelfer mit vieler Mühe eine Extremität zu erreichen; sie wurde zu Tage gefördert, jedoch es war der linke Arm; der Humerus war nicht weit vom Gelenke gebrochen. Auch dieser Arm wurde nun leicht amputirt, aber dessenungeachtet bekamen wir hierdurch nicht mehr Raum. Das Kind blieb eben so unbeweglich, wie vorher. Wir fanden nun für gut nicht weiter auf diese Weise fortzufahren. Die Kräfte der Kreissenden waren inzwischen bedeutend gesunken, sie musste Ruhe haben, während wir Rath hielten, was weiter zu thun sei. Nach Wegnahme des rechten Arms war eine genaue Messung des Beckens möglich geworden und musste die Conjugata auf höchstens $2^3/_4''$ geschätzt werden. Mit den Wendungsversuchen war es mittlerweile $8^1/_2$ Uhr Abends geworden, wir beschlossen deshalb gegen 12 Uhr zu der Frau zurückzukehren. Um diese Zeit fanden wir sie jedoch so schwach, ihr Puls war so beschleunigt und klein, dass wir fürchten mussten, sie würde unter unsern Händen sterben, falls wir eine eingreifende Operation unternähmen. Wir hielten es deshalb für rathsam, uns in diesem Augenblicke jedes weiteren Eingriffes zu enthalten, zumal auch der Ehemann sich jedem weiteren Entbindungsversuch entschieden widersetzte. Donnerstag Morgen fanden wir den Zustand wenig verändert, die Frau hatte nach einigen kleinen Gaben Opium wenige Augenblicke geschlummert, ihr Puls war sehr schnell und klein, sie klagte über viel Durst, war sehr angstvoll, aber übrigens gelassen. Sie selbst sowohl als die Angehörigen erklärten wieder auf

unser Anrathen, sich einer weiteren Operation unterwerfen zu wollen. Wir beschlossen daher zur Embryotomie zu schreiten, jedoch bei ihrem etwaigen Missglücken, oder wenn sie nicht ausreichen möchte, unsere Versuche keinesfalls zu lange fortzusetzen. Die spastischen Contractionen des Uterus waren unverändert geblieben. Mit dem Perforatorium von *Busch* wurde der Thorax und zwar rechts an den oberen Rippen durchbohrt, von denen verschiedene durchschnitten wurden. Mit Leichtigkeit konnte ein Finger in die gemachte Oeffnung eindringen, aber der Uterus war jetzt so fest contrahirt, dass es unmöglich war weiter fortzufahren, ohne ihn zu verwunden. Wir hielten deshalb jeden weiteren Versuch zur Embryotomie für nicht gerechtfertigt und glaubten davon abstehen zu müssen. Schliesslich blieb uns also nichts mehr übrig, als die Frau entweder unentbunden sterben zu lassen, oder noch den hier sicher hoffnungslosen Kaiserschnitt zu machen. Mit der Frucht im Uterus war der Tod mathematisch sicher, nach dem Kaiserschnitt auch so gut als sicher, jedoch die Erhaltung des Lebens nicht ganz unmöglich. Der Ehemann und die Mutter der Frau gaben ihre Zustimmung, um auch diesen letzten Versuch noch zu wagen, die Kreissende selbst liess sich dazu überreden. Um 12 Uhr Mittags unternahmen wir diese Operation. Wegen der Schieflage des Uterus, der nicht in die Mitte des Bauches zu bringen war, war es unmöglich in der Linea alba oder unmittelbar in ihrer Nähe den Einschnitt zu machen, sondern es musste nach der Methode von *Levret* oder vielmehr *Stein* in einer schrägen Richtung von oben nach unten operirt werden. An der rechten Seite wurde ein Einschnitt von ungefähr 6″ gemacht, wobei etwas helles Serum ausfloss. In dem Uterus, der sogleich in der Wunde zum Vorschein kam, wurde der Einschnitt 5″ lang gemacht, wobei sich kein Tropfen Fruchtwasser entleerte. In der Uteruswunde wurde ein Theil des Kopfes, nämlich das Gesicht mit den Füssen, die daneben lagen, sichtbar, und nach einigen Versuchen gelang es schleunig das Kind herauszunehmen. Die Lösung der Placenta forderte wenig Mühe. Schwierig wurde es aber beim Contrahiren des Uterus, die stark mit Gas gefüllten Intestina zurückzuhalten, jede kleine Darmschlinge jedoch, welche aus der Wunde hervordrang, wurde sofort wieder reponirt. Der Uterus contrahirte sich langsam, die Blutung aus den Bauchdecken war sehr gering, aus dem Uterus sehr mässig. Die Wundränder kamen nach der Contraction nicht völlig zu einander, klafften jedoch kaum 1—2″. Die Bauchwunde wurde durch die Knopfnaht vereinigt und dazwischen Heftpflasterstreifen angelegt, der unterste Theil blieb offen. Um 5 Uhr hatte sich der Zustand nicht verschlimmert und war ein wenig Urin gelassen. Die Kranke klagte jedoch über Uebelkeit und der Bauch war tympanitisch. Es wurde Brausepulver verordnet und Compressen von Eis auf den Unterleib gelegt. Des Abends

10 Uhr erfolgte Vomitus mit etwas Erleichterung, der Puls wurde kleiner und schneller, die Haut kühler, und nach kurzen Delirium folgte am Freitag Morgens 4 Uhr, also 15 Stunden nach der Operation, der Tod. Das Kind war gut entwickelt und männlichen Geschlechts. — Am Schlusse dieser erzählten Begebenheit wirft der Vf. noch die Frage auf, ob das unglückliche Resultat in diesem Falle auf irgend eine Weise abzuwenden gewesen wäre, ob im Falle, dass der Geburtshelfer früh genug hinzugerufen, kurz nach Abfluss des Fruchtwassers, bei zeitiger Erkennung der Schulterlage eine Wendung möglich gewesen wäre, welche Fragen er mit einem entschiedenen Nein beantworten zu müssen glaubt. Der Gebrauch des Secale cornut., das freilich nicht indicirt war, scheint ihm keine nachtheilige Wirkung ausgeübt zu haben. Am Schlusse sucht er sich noch weiter zu rechtfertigen und zu beweisen, dass man in diesem Falle nicht anders hätte handeln können, nicht anders hätte handeln müssen, als wirklich geschehen sei. —

(Nederlandsch Tydschrift voor Heel en Verloskunde door *Broers* en *van Goudoever*. Nieuwe Serie V. Jaarg. 3. & 4. Afl. 1857. P. 186.)

J. A. Groesbeek: Fall von Sectio caesarea mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind.

Der Verf., Landarzt und Geburtshelfer in Nieuwenhoorn, wurde den 18. Juli 1857 des Abends zur *J. K.*, eine 21jährige arme Arbeitersfrau, gerufen, welche zum ersten Male schwanger, von einer kleinen und zarten Statur und einem durch Rhachitis missbildeten Körperbau, in der Gemeinde Nieuw-Helvoet wohnte. Das zweite Stadium der Geburt war bereits beendet, das Fruchtwasser abgeflossen. Bei der inneren Untersuchung stellte sich sogleich heraus, dass die Conjugata bis circa 2″ verkürzt war, wodurch der Introitus pelvis zu einer schmalen Spalte missbildet, durch welche das erweiterte Ostium uteri gefühlt wurde, welches den vorliegenden Kopf in einer ersten Schädellage umgab. Die Ueberzeugung, dass an eine Entbindung auf natürlichem Wege hier nicht zu denken, wurde auch durch den Vater des Verf.'s, einen ebenfalls erfahrenen Geburtshelfer getheilt und darauf beschlossen, um Dr. *Rombach* in Hellevoetsluis zur Assistenz zu senden. Man kam überein, dass nur vom Kaiserschnitt Hülfe zu erwarten sei. Nach einiger Vorbereitung gaben die Kreissende und die Angehörigen ihre Einwilligung und wurde ein Tisch so gut als möglich zum Geburtslager eingerichtet. Nachdem die Frau durch einige Chloroform-Inhalationen betäubt war, wurde nun sofort durch Dr. *Rombach* die Operation nach der Methode von *Deleurye* vollzogen, mit der Ausnahme, dass der Bauchschnitt

von oben etwas von der Linea alba abwich, wegen der Schieflage des Uterus. Es fanden dabei keine besondern Zufälle statt, der Blutfluss war gering und ein grosses Kind männlichen Geschlechts wurde lebend zur Welt gefördert, das sogleich laut aufschrie. Die Placenta wurde bald darauf gelöst, worauf sich der Uterus gut contrahirte. Die Bauchwunde wurde darauf durch blutige Heftungen vereinigt, welche durch Heftpflasterstreifen unterstützt waren und weiter einfach verbunden. Die Mutter, nachdem sie wieder ins Bett gebracht war, befand sich sehr wohl, erinnerte sich nur wenig von der Operation und klagte nur über etwas Nausea, welches durch Acet. Morph. $^1/_4$ gr. bald nachliess. In den ersten Tagen des Wochenbettes blieb der Zustand sehr befriedigend, Lochien- und Milchsecretion waren geregelt und das Kind nahm gut die Brust. Den 24. Juli zeigten sich einige Symptome von Peritonitis, welche jedoch bald wieder durch eine Potio gummosa c. Nitro und eine diätetische Behandlung beseitigt wurden. Den 26. Juli war durch etwas Husten der Verband losgegangen, und fand man bei näherer Untersuchung, dass die Wunde noch nirgends vereinigt war, sondern durch das Durchreissen der blutigen Heftungen am oberen Theile klaffte, wodurch die Intestina nach aussen drangen. Nachdem die Gedärme wieder reponirt waren, wurde der Verband mit Heftpflasterstreifen erneuert und Mur. Morph. gr. j auf 8 Pulver verordnet. Den 2. August war die Wunde gut vereinigt und cicatrisirte langsam, und im Anfang des September konnte die Frau schon wieder ausgehen. Es hatte sich eine gute Narbe gebildet, jedoch blieb einige Disposition zur Hernia ventralis bestehen, weswegen ihr eine Bauchbinde noch lange zu tragen angerathen wurde. Das Kind, welches bald die Brust weigerte und künstlich aufgefüttert werden musste, ist nach 3 Wochen an Convulsionen gestorben. —

(Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde. II. Jaarg. Amsterdam 1858. P. 19.)

T. J. Fraerieks: Sectio caesarea mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind.

Der Verf., Landarzt und Geburtshelfer in Bussum, einem Dorfe einige Stunden von Amsterdam entfernt, erzählt den folgenden Vorfall. Die 29jährige Ehefrau von *S. de Graaf*, von einer kleinen Statur und gesunden Constitution liess mich den 9. Juli 1857 Abends 8 Uhr am Ende ihrer vierten, regelmässig verlaufenen Schwangerschaft rufen. Der Bauch hatte einen regelmässigen Umfang und war mässig gewölbt, der Fundus uteri stand eine Hand breit über dem Nabel und senkte sich etwas nach vorn herüber. Zwischen den Bauchdecken und dem Uterus lagen in der Nähe des Nabels einige Darmschlingen, welche durch Palpa-

tion und Percussion deutlich zu entdecken waren. Die Regio lumbalis war tief eingedrückt, das Sacrum stark nach hinten gekrümmt. Puls und Hauttemperatur normal. Bei der inneren Untersuchung fand ich die Scheide gut vorbereitet, die Portio vaginalis dünn und weich, den Gebärmuttermund 1″ geöffnet mit dünnen nachgiebigen Rändern. Der Kopf lag beweglich auf dem Beckeneingang mit der kleinen Fontanelle nach rechts vorne gerichtet, das Promontorium war mit dem untersuchenden Finger leicht erreichbar, die Conjugata inclinata kaum 3″. Das Fruchtwasser in ziemlicher Quantität abgeflossen. Zwei Monate früher, den 10. Mai, hatte ich von der Frau vernommen, dass sie in ihrer Kindheit an Rhachitis gelitten, erst mit dem 5. oder 6. Jahre hätte gehen gelernt, übrigens stets gesund gewesen sei. Der watschelnde Gang, die kurzen Schenkel, die mässig krummen Tibiae und das stark nach hinten gebogene Sacrum zeigten noch deutliche Spuren von früherer Rhachitis. Ihre erste Schwangerschaft war regelmässig verlaufen; aber mit der Geburt eines nicht ausgetragenen, todtfaulen Kindes geendigt. Das zweite Mal wurde sie von einem ausgetragenen, todten Kinde künstlich entbunden. Diese Geburt hatte damals 24 Stunden gedauert und war mit Hülfe von Instrumenten und vermuthlich auch durch die Perforation mit sehr vieler Mühe vollzogen. Ein langwieriges Wochenbett von beinahe 20 Wochen war davon die Folge gewesen. Das dritte Mal fand im 8. Monate der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt Statt, wodurch das Kind ebenfalls todt zur Welt kam und wahrscheinlich während der Geburt zu Grunde gegangen war. Das Wochenbett verlief ohne irgend eine Störung und die Mutter war schnell wieder hergestellt. Die Dauer dieser vierten Schwangerschaft konnte sie nicht mit Sicherheit angeben. Obgleich ich durch meine Untersuchung schon damals die Ueberzeugung gewonnen, dass auf natürlichem Wege ein völlig ausgetragenes Kind nicht lebend geboren werden könnte, so hatte ich dennoch wegen der unsicheren Zeitrechnung beschlossen, das rechtmässige Ende der Schwangerschaft abzuwarten. Die Geburt stellte sich mit schmerzhaften, kräftigen und anhaltenden Wehen ein. Abends 11 Uhr war unter diesen Umständen das Ostium uteri 2″ geöffnet, aber der Stand des Kopfes derselbe geblieben. Ich liess nun sogleich Dr. *van Hengel* in Hilversum, eine Stunde weit von Bussum zur Assistenz holen. Den 10. Juli Morgens $2^1/_2$ Uhr war unter anhaltend kräftigen Wehen das Ostium uteri beinahe 3″ geöffnet, der Kopf lag noch beweglich auf dem Becken-Eingang und eine Kopfgeschwulst fing sich zu bilden an. Der allgemeine Zustand liess nichts zu wünschen übrig. Nach einer gemeinschaftlichen Berathung waren wir entschlossen, entweder zu perforiren oder zum Kaiserschnitt zu schreiten. Die Frau, welche sich sehr nach einem lebenden Kinde sehnte, übergab sich ganz unserer Leitung. Nachdem wir uns durch die Auscul-

tation vom Leben der Frucht überzeugt hatten, gingen wir zum Kaiserschnitt über. Die Frau wurde auf einen hohen, breiten und langen Tisch gelegt und ich machte unmittelbar neben der Linea alba den Hautschnitt, der $^1/_2$″ unter dem Nabel anfing und $1^1/_2$″ über der Symphysis pubis endete. Beim Einschnitt wurde wegen der dünnen Bauchdecken sogleich auch der Uterus mit getroffen. Einige Darmschlingen, welche dunkelbraun gefärbt waren, wurden vorsichtig zur Seite geschoben und zurückgehalten. Die Blutung war gering. Gleich nach dem Einschnitte zeigten sich unter dem Placentarande die Füsse der Frucht, an denen diese schleunig extrahirt wurde. Das vollreife Kind, weiblichen Geschlechts, fing gleich an zu schreien. Die Placenta mit den Eihäuten wurde darauf sehr leicht gelöst. Die ganze Operation hatte kaum 4 Minuten gedauert und die Frau hatte sich dabei aussergewöhnlich gut gehalten. Die Wunde wurde nun mit neun blutigen umwundenen Heftungen vereinigt, mit Charpie und Compressen bedeckt und der Unterleib mit einer Bauchbinde mässig eingeschlossen. Der Frau, die sich in ihrem Bette sehr wohl fühlte, wurde eine Mixt. gummosa mit Laud. verordnet. In den ersten Tagen war der Unterleib kaum schmerzhaft, die Secretion der Bauchwunde war ziemlich stark, die Lochien flossen gut aus der Scheide, die Brüste blieben jedoch schlaff mit sparsamer Milchsecretion. Das Kind musste deshalb mit Kuhmilch gefüttert werden. Den 12. Juli stellte sich etwas Fieber ein mit Diarrhoe, auch der Unterleib war beim Druck in der Regio hypogastrica etwas schmerzhaft, die Brüste turgescirten. Die Fiebersymptome mit den Schmerzen waren aber schon den folgenden Tag wieder verschwunden, die Lochien blieben normal, die Milchsecretion aber unbedeutend. Den 14. Juli war der obere Theil der Wunde per primam intentionem vereinigt und liess der allgemeine Zustand nichts zu wünschen übrig. Den 16. wurden die 2 obersten Heftungen weggenommen, der Unterleib war ganz schmerzlos und der Uterus drei Finger breit über den Schambeinen zu fühlen. Den 19. Juli wurden die letzten Heftungen weggenommen und die Wunde mit Heftpflasterstreifen verbunden. Das Kind fing an zu atrophiren, bekam Aphthae und ist am 29. Juli gestorben. Die Mutter war am 12. August ganz wieder hergestellt und ging zum ersten Male in die Kirche. Die Menstruation erschien sechs Wochen nach der Operation wieder. Den 18. November wurde die Frau dem Dr. *Lehmann* in Amsterdam vorgestellt, der sie in der Gebäranstalt untersucht und darüber das Folgende mitgetheilt hat. Die Frau von regelmässigem Körperbau und gesundem Aeusseren ist 145 Ctm. lang. Der grosse Umfang des Schädels, die kurzen Schenkel, die etwas gekrümmten Tibiae, die eingebogene Lendengegend, das stark nach hinten gekrümmte Sacrum zeigen deutliche Spuren von früherer Rhachitis an. Die Bauchdecken sind sehr schlaff, wodurch der ganze Bauch stark vorn-

überhängt, der Mons veneris ist bedeutend entwickelt. In der Mitte des Bauches ist die Narbe der früheren Bauchwunde sichtbar, welche 1″ breit; von livider Farbe $1\frac{1}{2}$″ unter dem Nabel anfängt und sich in der weissen Linie bis 2″ über der Symphysis pubis ausstreckt. Das Becken verhält sich folgendermassen: Der Abstand zwischen den Spinae ant. et sup. crist. oss. ilium = $9\frac{1}{4}$″ oder $24\frac{1}{2}$ Ctm. zwischen den Mittelpunkten der Cristae = 10″ oder $26\frac{1}{2}$ Ctm., zwischen den Spinae sup. et post. = 6″ oder 16 Ctm., zwischen den Trochanteres = 11″ oder $28\frac{1}{2}$ Ctm., die Conjugata externa = $6\frac{1}{2}$″ oder 17 Ctm., die ganze äussere Peripherie des Becken-Eingangs = 84 Ctm., die Regio lumbalis ist stark eingedrückt, die Grube zwischen den Mm. longissimi dorsi auf der Stelle vom Processus spinosus des letzten Lendenwirbels sehr markirt. Das stark nach hinten gekrümmte Sacrum bis an die Rima ist $4\frac{1}{2}$″ oder 12 Ctm. lang. Die Symphysis pubis ist 2″ oder 5 Ctm. hoch, ihre Richtung horizontal, so dass sie mit der Conjugata einen spitzen Winkel bildet, und an der inneren Seite sehr verdickt; der Introitus vaginae ist mehr als gewöhnlich nach hinten gerichtet. Nicht allein das Promontorium, sondern auch die zwei ersten Vertebrae sacrales prominiren stark und scheinen sehr verdickt zu sein. Die Conjugata inclinata oder diagonalis ist mit dem Finger gemessen, $2\frac{3}{4}$″ oder $7\frac{1}{2}$ Ctm. lang, mit dem Pelvimeter von *Stein* 3″ oder 8 Ctm., der Abstand vom Promontorium zum oberen und äusseren Rand der Symphysis beträgt 3″ oder 8 Ctm., der Abstand vom Arcus pubis bis zur Mitte des Sacrum $3\frac{1}{2}$″ oder $9\frac{1}{2}$ Ctm. Die Linea arcuata oder terminalis ist mit dem Finger nicht zu umschreiben, die Form des Becken-Einganges scheint nierenförmig zu sein und ganz symmetrisch verengt; der Becken-Ausgang ist normal, der Arcus pubis selbst weit. Das ganze kleine Becken ist von hinten sehr niedrig und gehört zu den rhachitisch verengten Becken zweiten Grades. Die Conjugata vera kann noch auf kaum $2\frac{1}{2}$″ oder 7 Ctm. geschätzt werden. Dieser Untersuchung zu Folge dürfte *L.'s* Meinung nach bei einer möglich folgenden Schwangerschaft von der künstlichen Frühgeburt in der 32. bis 33. Woche noch ein günstiges Resultat für das Kind zu erwarten sein und wäre diese Operation jedenfalls einer Wiederholung der Sectio caesarea vorzuziehen.

(Nederlandsch Tydschrift vor Geneeskunde. II. Jaarg. Amsterdam 1858. P. 17.)

Charrier: Ueber die Rückgängigkeit der Geburt.

Ein Vorkommniss, welches in früherer Zeit mehrfach die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer in Anspruch nahm, scheint in neuerer Zeit nicht mehr die ihm gebührende Beachtung zu finden.

Es ereignet sich nämlich zuweilen, dass die Geburtsthätigkeit zu irgend einer Zeit, besonders in den letzten Monaten der Schwangerschaft in regelmässigen Gang kommt, dass die Oeffnung des Muttermundes sich erheblich erweitert, die Blase einrückt, dann aber wieder nicht nur eine vollkommene Ruhe eintritt, sondern auch die Schliessung der früher geöffneten Theile vor sich geht, bis nach einigen Wochen, zumal am richtigen Ende der Schwangerschaft von Neuem die Geburt sich einstellt und nun regelmässig zu Ende geführt wird. *Ch.* berichtet in dieser Beziehung 4 Fälle, die obige Erscheinungen in sehr deutlicher Weise darboten. Der erste kam in der geburtshülflichen Klinik in Paris vor. Die Schwangere befand sich im 8. Monate und wurde ihrer Schmerzen wegen des Morgens aufgenommen. Etwa alle zehn Minuten trat eine deutliche Wehe auf und der Muttermund hatte sich bis zur Grösse eines Fünffrankenstückes erweitert und zeigte weiche, nachgiebige Ränder. Gegen Abend floss etwa ein Wasserglas voll Wasser ab, die Wehen währten die Nacht hindurch an, hörten dann aber von 4 Uhr Morgens ab auf und nach und nach verkleinerte sich der Muttermund wieder, die Schwangere schlief viel; gegen Abend war die Oeffnung wieder ganz verschlossen, und in den nächsten Tagen bildete sich der Scheidentheil wieder. Ein und zwanzig Tage blieb die Sachlage genau dieselbe und durchaus normal, dann wurde in regelmässigster Weise ein reifes Kind geboren. — Den zweiten Fall beobachtete *Ch.* in der Stadt, er war dem ersten sehr ähnlich, die rechtzeitige Geburt erfolgte 32 Tage nach dem Auftreten der falschen Wehenthätigkeit; weder an dem Kinde, noch an den Fruchtanhängen konnte irgend etwas regelwidriges aufgefunden werden. Bei dem 3., in der Klinik beobachteten Falle erfolgte die Geburt 35 Tage, in dem 4., der wieder in der Stadt vorkam, 22 Tage nach den falschen Wehen. — Solche Beobachtungen, denen sich wohl von vielen Seiten ähnliche anschliessen lassen würden, haben eine praktische Bedeutung, da der Geburtshelfer bei allen zu frühzeitig eintretenden Geburten hoffen darf, durch ein zweckmässiges Verfahren die Wehenthätigkeit wieder beruhigen zu können, sobald die Fruchtblase noch nicht gesprungen ist. Abhaltung aller Reize auf das Gebärorgan, grösste Ruhe in waagerechter Lage und narkotische Arzneien, besonders das Opium, möchten die geeigneten Mittel sein.

(Gaz. des hôpitaux No. 12, 1858.)

XXXV.

Literatur.

Jan van der Hoeven: Akademische Probeschrift über Graviditas extrauterina. Leiden 1857.

Verf. stellt in der geschichtlichen Einleitung die ältesten und werthvollsten der bisher beobachteten Fälle zusammen und beginnt mit einer Beobachtung des arabischen Arztes *Albucasis*, dem freilich die Krankheitsform noch dunkel war.

Dann folgen zwei Fälle, in denen Fistelbildung eintrat und die nach Anwendung der Laparetomie mit Genesung endigten. Der eine 1500 von *Jacob Nufer*, der andere von *Doering* beobachtet.

Aus dem Werke des *Marcus Donatus*, de medica historia mirabili. Venet. 1597 entlehnt Verf. folgende Fälle: Eine Beobachtung von *Alex. Benedictus*, von *Christoph Bainus* 1540; von *Matthias Cornax* 1545; von *Achilles Gassarus*. In allen diesen Fällen wurde der Bauchschnitt mit glücklichem Erfolg angewandt. Eine Fistelbildung zwischen dem Sack, welcher den Fötus barg, und dem Rectum, beobachtete *Hippolytus Genifortus*. Die von *Aegidius de Horthage* mitgetheilte Beobachtung lässt unentschieden, ob der Ausgang eine Fistelbildung oder Lithopädium-Bildung war.

Aus dem 17. Jahrhundert theilt Verf. folgende Fälle mit:

Fabricius Hildanus führt zwei Beobachtungen an; die eine von *Michael Doering* 1612, lässt zweifelhaft, ob eine Berstung des Uterus eingetreten sei oder Graviditas extrauterina bestanden habe. Die andere von *Johannes Marchandetus* endete mit Fistelbildung und Heilung.

Als erste bekannte Lithopädium-Bildung in Folge von Graviditas extrauterina führt Verf. den 1582 von *Joh. Albasius Haeduus* beschriebenen und unter dem Namen Lithopädium Jenonense bekannten Fall an. Diesem folgen zwei andere 80 Jahre später beobachtete, bekannt als Foetus Mussipontanus und Ostentum Dolanum.

Bei dieser Gelegenheit erwähnt Verf. den Streit, welcher, hervorgerufen durch das Lithopädium Jenonense, hauptsächlich den Vorgang der Versteinerung betraf; derselbe wurde nach Kenntniss des zweiten Falles erneuert und insofern erweitert, als man die Frage über die Art und Weise, wie die Frucht in die Bauchhöhle gelangt sei, mit in sein Bereich zog. Als Vertreter der verschiedenen Ansichten nennt Verf. *C. Sponius*, *Thom. Bartholinus* und *Mauritius Hoffmann*, *Christ. Eisenmenger*, sowie *Joh. Weibelius*, *Michael Fehr*.

Ein vierter zu Ende des 17. Jahrhunderts beobachteter Fall

von Lithopädium findet sich beschrieben in Philos. Transact. 1678. n. 139. vol. 12. p. 979.

Dann führt Verf. einige von *Riolanus* mitgetheilte Fälle von Graviditas tubaria an und hebt hervor, dass jener gestützt auf die Structurverhältnisse der Tuben durch diese Fälle veranlasst worden sei, in den Tuben die Analoga für die Uterushörner derjenigen Thiere zu erblicken, welche einen Uterus bicornis besitzen. Den Schlussstein der geschichtlichen Einleitung bildet *Regnerus de Graaf*, dessen hierher bezügliche Verdienste und Ansichten Verf. andeutet.

Der zweite Abschnitt handelt über das Wesen, die Erscheinungen und Erkenntniss der Graviditas extrauterina.

Was zunächst die Entstehungsweise der Graviditas extrauterina betrifft, so führt Verf. die Ansichten von *de Graaf* und von *Kiwisch* an, vermisst jedoch bei beiden die Ursachen, welche diese abnormen Verhältnisse bedingen. Die Erkenntniss derselben, sagt Verf., sei um so schwieriger, als man die ersten Vorgänge einer normalen Schwangerschaft bis jetzt theils noch nicht beobachtet habe, theils auch der jetzt allgemein herrschenden Ansicht aus anatomischen Gründen mancherlei Einwürfe gemacht werden könnten. Insbesondere sei das Umfassen des Ovarium durch die Fimbrien in Folge einer Anschwellung derselben noch nie beobachtet und letztere könne, auch wenn sie stattfände, desswegen kein Umfassen bedingen, da die Tuben mit ihren Fimbrien in der Regel vor den Ovarien und nach abwärts gerichtet liegen und eine instinctmässige Locomotion der Tuben, um z. B. ein an der hintern Fläche des Ovarium gereiftes Ei aufzunehmen, sei doch kaum denkbar. Eine der Erectio penis analoge Anschwellung würde am allerwenigsten geeignet sein, diesen Zweck zu erreichen. Die Annahme einer zeitweisen organischen Verbindung zwischen Tuba und Ovarium, wie sie *Pauck* aufstellte, weist Verf. entschieden zurück.

Annehmbarer scheint dem Vf. die von *Kiwisch* ausgesprochene Ansicht zu sein, doch hält er derselben die Thatsache entgegen, dass man bei Sectionen von während der Menstruation gestorbenen Frauen im Uterus oder der Tube ein Eichen antrifft, was, wenn jene Ansicht richtig wäre, nur sehr selten vorkommen könne.

Die von *Scanzoni* angeführten Ursachen, welche unter Umständen Extrauterinschwangerschaft bedingen können, lässt Verf. für einzelne Fälle wohl gelten.

Hieran reiht sich die Aufzählung der verschiedenen Formen von Graviditas extrauterina.

In Bezug auf Graviditas ovaria erwähnt Verf. den Streit, der über die Möglichkeit des Bestehens derselben geführt und besonders von *Velpeau*, *Max Mayer* und *Pouchet* angeregt wurde, welche die Möglichkeit nicht nur der Grav. ovaria, (*Velpeau*), sondern auch die der Grav. abdominalis (*Mayer*) läugneten.

Diese Ansicht ist hinlänglich durch *Kiwisch*, *Virchow*, *Kölliker*, sowie durch mehrere sorgfältig beobachtete Fälle widerlegt worden; zu letztern gehören die Beobachtungen von Dr. *Hein*, von *A. B. Granville*.

Hieran schliesst Verf. die Fälle, wo man im Ovarium verschiedene Kindestheile, besonders Haare und Knochenstücke fand. So Beobachtungen von *J. F. Kluyskens*, von *Tyson*, von *N. C. de Fremery*, von *Stalpart van der Wiel*, von *Fabricius Hildanus*.

Als Beweis, dass dergleichen Körper auch in der Bauchhöhle vorkommen, führt Verf. einen von *Hermann Schuetzer* beobachteten Fall an.

In der rechten Tuba fanden *Brera* und *Jonsi* dergleichen kindliche Ueberreste; ferner *Horn*, weitere Fälle in *A. W. Otto*, Handbuch der pathol. Anat. I, 372, 373. Breslau 1814.

Ueber Vorkommen solcher Reste im Uterus haben berichtet *Fabr. Hildanus*, *Younge*, *Jamiatus*, *Sömmering*, *Walter*, *Schacher*, *Böhmer*, *Sandifort*, *Odier*, zusammengestellt in dem eben erwähnten Werke p. 368.

Die Seltenheit der Graviditas abdominalis erklärt Verf. dadurch, dass bei Grav. abdom. prim. das Eichen sehr leicht durch Entzündung der Umgebung vernichtet werden könne und auch die Beweglichkeit der Unterleibsorgane einen nachtheiligen Einfluss auf dasselbe ausüben müsse. Bei Grav. abd. secund. liegt die Gefahr in der bedeutenden Blutung oder der plötzlichen Ortsveränderung der Frucht.

Für Grav. abdom. prim. spricht ein von *Blaas* beobachteter Fall; für Grav. abdom. secund. führt Verf. eine Beobachtung von *Geuns* und *Schrant* an.

In Bezug auf Grav. tubaria erwähnt Verf., dass man früher die beiden Uebergangsformen Grav. tubo-ovaria und tubo-abdominalis als Grav. ovaria und abdominalis beschrieben habe.

Von den hierher gehörigen Formen sei die Grav. tubo-uterina die seltenste und jedenfalls seien alle früher unter Grav. interstitialis beschriebenen Fälle hierher zu rechnen, besonders betrifft dies Fälle von *Patuna*, *Hey*, *Hofmeister*, *Hunter*, *Schmitt*. Zuletzt erwähnt Verf. noch einen von *Rokitansky* beobachteten Fall von Graviditas einem in rudimentären Uterushorn.

Nachdem Verf. die verschiedenen durch Gravid. extrauterina bedingten Erscheinungen, sowie diejenigen Affectionen, welche mit Gravid. extrauterina verwechselt werden könnten, aufgezählt hat, hebt er die Wichtigkeit der verschiedenen Ausgänge für die Diagnose sowohl, wie für Prognose hervor und lässt sie davon abhängen, ob die den Fötus bergende Hülle berstet oder unversehrt bleibt. Der erstere Fall, für den Vf. die Berücksichtigung der Grösse und Insertion der Placenta anempfiehlt, würde sofortigen

Tod der Mutter und des Fötus bedingen oder Weiterentwicklung der Frucht. Im zweiten Falle wird die Frucht für den mütterlichen Organismus unschädlich gemacht und zwar frühzeitig durch eine umschriebene Peritonitis, später durch Lithopädiumbildung oder Encystirung, dies der günstigere, obwohl viel seltnere Ausgang oder es tritt, wie am häufigsten geschieht, Maceration des Fötus mit nachfolgender Fistelbildung ein.

Beobachtungen von Encystirung der Frucht liefern: Dr. *Hein*, *Romberg*, *Kiwisch*, *Virchow*.

In Bezug auf die Therapie erscheint dem Verf. das exspectative Verhalten im Allgemeinen gerechtfertigt, doch hält er unter gewissen Umständen das operative Eingreifen für ebenso nothwendig, schliesst sich dabei hauptsächlich an den von *Kiwisch* eingeschlagenen Weg an und beendet diese Erörterungen mit der Angabe verschiedener von *Scanzoni*, *Kiwisch* und Andern aufgestellten Indicationen für Laparotomie, Colpotomie und Sectio caesarea.

Hieran reiht Verf. folgende neue Beobachtung und erläutert dieselbe durch 2 gute Abbildungen:

Frau *N.*, 39 Jahre alt, hatte bereits vier Mal geboren und litt seit zwei Monaten an Metrorrhagien. Die äussere Untersuchung ergab eine mehr in der rechten Hälfte des grossen Beckens gelegene Geschwulst mit unregelmässiger Oberfläche. Bei innerer Untersuchung fand man den Muttermund hoch und vorn stehend; die Portio vaginalis uteri schien verstrichen zu sein; durch die hintere Scheidenwand fühlte man einen wenig beweglichen grossen Körper. Zugleich Abfluss einer sparsamen Menge röthlich gefärbter Flüssigkeit. Die fötalen Herztöne hörte man deutlich. Die Geschwulst erklärte man für die schwangere Gebärmutter.

Im weitern Verlauf traten als intercurrente Erscheinungen Erysipelas faciei und eine Apoplexie rechterseits auf, welche Lähmung der linken Körperhälfte bedingte. Die Metrorrhagie hatte sich verringert.

Vier Monate später, während welcher Zeit Patientin wiederholt Kindesbewegungen wahrgenommen hatte, sah man sich durch wehenartige Schmerzen, welche einen Abortus anzuzeigen schienen, da die Frau erst 9 Wochen später niederzukommen hoffte, veranlasst, die innere Untersuchung zu wiederholen und fand den Muttermund geschlossen, die Portio vaginalis 1″ lang. Von jetzt an wurde Patientin dem Verfasser zur Beobachtung übergeben, der indess 4 Monate lang nichts von ihr vernahm und erst nach dieser Zeit durch sie erfuhr, dass bereits $1^1/_2$ Monat über die normale Zeit der Schwangerschaft verstrichen, die Geburt aber nicht eingetreten sei und auch die Kindesbewegungen nicht mehr zu fühlen wären.

Erst im nächsten Monat wurde eine genauere Untersuchung

vorgenommen und ergab von aussen dieselbe eine Hand breit über den Nabel reichende Geschwulst. Unmittelbar über der Symphyse fand man eine zweite kleine, an die grosse sich anlehnende Geschwulst, deren Form und Ausbreitung an den leeren Uterus erinnerte. Bei der inneren Untersuchung liess der hoch, dicht hinter der Symphyse stehende, mit harten Rändern versehene Muttermund den Finger eindringen, die Port. vaginal. schien verstrichen zu sein. Durch die hintere Scheidenwand fühlte man wiederum einen Widerstand bietenden, sehr hoch, jedoch wie es schien, nicht in dem Uterus liegenden Körper. Weder fötale Herztöne noch Circulationsgeräusch waren zu hören. Die Brüste hatten im Verlauf der Schwangerschaft an Grösse zugenommen, waren aber in der letzten Zeit wieder kleiner geworden.

Von den hier in Betracht kommenden Affectionen wurden Tumor uteri und Graviditas uterina mit Hinterlassung einer todten Frucht durch Untersuchung mit der Uterussonde, die leicht in den Uterus eingebracht werden konnte, sicher ausgeschlossen, zugleich schloss man aus Bewegungserscheinungen beider Geschwülste, dass zwischen denselben eine Verbindung existiren müsse. Die früher, obwohl von Seiten des Arztes nur ein Mal wahrgenommenen Schwangerschaftszeichen sprechen für eine Gravid. extrauterina, obwohl die übrigen Erscheinungen, wenn man von jenen absah, recht gut auf Tumor ovarii dextri bezogen werden konnten.

Nach Ablauf von 11 Monaten starb die Frau, nachdem sich ihr allgemeiner Zustand allmälig sehr verschlechtert hatte und eine weitverbreitete Peritonitis eingetreten war, welcher sich Pleuritis und Decubitus anschlossen.

Leichenbefund:

Leichnam mager; der rechte Arm, beide Beine, sowie die Genitalien ödematös geschwollen, in der Gegend des Os sacrum eine ausgebreitete Gangräne, sowie ausgebreitete Abscedirung im subcutanen Zellstoff.

Im Corp. striatum eine erweichte Stelle von der Grösse eines Taubeneies mit vollständiger Gewebszerstörung.

Die rechte Pleurahöhle mit serösem Exsudat angefüllt; rechte Lunge luftleer.

Das Ost. venos. des linken Ventrikels war bedeutend verengert. Die Valvul. mitrales mit polypösen Wucherungen versehen.

Das Peritonäum zeigte deutliche Spuren der abgelaufenen Entzündung; vielfache Verwachsungen der Eingeweide des Unterleibes sowohl untereinander, als mit dem Netz, der Bauchwand, der Geschwulst. Die in der rechten Hälfte gelegene sackförmige Geschwulst zeigte oberhalb des Randes des rechten Os ilei, dessen oberer Theil cariös war, eine Oeffnung, durch welche eine Rippe herausgetreten war, um sich einen Weg nach aussen zu bahnen. Nähere Angaben über die Dimensionen der Geschwulst fehlen,

doch verweist Verf. zur ungefähren Schätzung derselben auf die beigefügten Abbildungen. Sie enthielt ausser einer bräunlichen, kothähnlich stinkenden Jauche Haare und Skelettheile eines abgestorbenen, macerirten Fötus. Die linke Tuba Fallopii war mit dem Sack verwachsen, stieg an ihm empor und ging dann unmerklich in denselben über. Der Canal derselben konnte durch Einschnitte nicht aufgefunden werden. Das linke Ovarium, sowie die Placenta wurden vermisst. Das rechte Ovarium und die rechte Tuba waren unversehrt. An eine zweite Oeffnung im Sack schloss sich ein $1^1/_2$ Zoll langer in die Flexura sigmoidea einmündender Gang. Eine dritte sehr kleine Oeffnung liess die Sonde in die linke Tube eindringen. Die Blase war nach links und abwärts, der Uterus nach vorn und oben verschoben, sein Fundus ruhte auf der Symphyse.

Aus diesem Befund schliesst Verf. auf eine Graviditas tubo-ovaria.

Lahr, 1858: Lehrbuch der Geburtshülfe von Dr. *O. Spiegelberg*, Privatdocent zu Göttingen. Mit 80 Holzschn. 376 S. 8.

Vorstehendes Buch bildet in dem von Dr. *Schauenburg* unternommenen Cyclus organisch verbundener Lehrbücher für medicinische Wissenschaften den 30. Theil, ist aber auch, wie oben angeführt, als Einzelschrift betitelt. Es muss aber bei der Beurtheilung der Schrift eben im Auge behalten werden, dass dieselbe den Theil eines grossen encyclopädischen Unternehmens bildet und es darf nicht übersehen werden, dass der Verf. auch die Bearbeitung der Gynäkologie (Nr. 29 nach der dem Buche vorgedruckten Uebersicht) übernommen hat, worauf er daher an manchen Stellen in der bereits erschienenen Geburtshülfe verwiesen hat. Wir wollen in Nachstehendem unsern Lesern in gedrängter Kürze den Inhalt der Schrift vorführen und schon im voraus hier erklären, dass wir in derselben eine ihrem Zwecke vollkommen genügende erkennen müssen. Sie führt in scharfen, gehörig umgrenzten Zügen das Gebiet der Geburtshülfe vor: auf alles neuere ist dabei gebührende Rücksicht genommen, am wenigsten verliert sie sich in unerwiesenen, hypothetischen Behauptungen: nur hätte der Verf., wenn er von letzteren nicht umhin konnte, einige anzuführen, die vielen Fragezeichen ohne weitere Aufschlüsse vermeiden sollen, welche erstere besonders für den Anfänger nur störend sein müssen.

Die kurze Einleitung giebt den Begriff der Geburtshülfe und setzt den Zweck derselben auseinander. Auf diesen sich gründend ergeben sich zwei Theile der Wissenschaft: 1) Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

und 2) die Pathologie und Therapie der genannten Zustände. Ihnen vorausgeschickt wird als Vorbereitungstheil die Lehre vom weiblichen Becken und seinem Inhalte, so wie die Methode der geburtshülflichen Untersuchung.

Erste Abtheilung. Vorbereitungstheil. Erster Abschnitt. Die untere Rumpfhöhle, das Becken und die Geschlechtstheile. *A.* Die Bauchhöhle: ihre Form, Wandungen und Eintheilung; dabei berücksichtigt der Verf. die Biegung der Wirbelsäule in der Lendengegend, welche sich beim normal gebauten Weibe von hinten immer als sanfte Concavität zeigt, die anmuthig in die Convexitäten des Brust- und Sacraltheils sich auflöst. Abweichungen davon sind von der grössten Wichtigkeit und lassen weitere Schlüsse auf gewisse Eigenthümlichkeit des Beckens zu. Sub *B.* beschreibt der Verf. das Becken: Eintheilung in grosses und kleines, warum nicht richtiger in oberes und unteres? Wenn der Verf. p. 10 die schrägen Durchmesser im Beckenausgange zu ziehen für nutzlos hält, da der hintere Endpunkt auf die nachgiebige Mitte des Ligam. sacro-tuberos. fällt, so fragen wir, warum er in der Beckenhöhle die schrägen Durchmesser annimmt, da doch diese nach hinten ebenfalls eine nachgiebige Stelle haben (Incisur. ischiad. superior). Zur Erläuterung des Mechanismus partus ist die Annahme der schrägen Durchmesser überall höchst nützlich. Eben so unnöthig erklärt der Verf. eine Annahme der Beckenenge *(v. Ritgen)*: er hätte sie schon als Gegenstück der angenommenen Beckenweite aufnehmen können. Sehr richtig hat dagegen der Verf. die von *G. H. Meyer* angegebene Normalconjugata gewürdigt, eine Linie, deren hinterer Endpunkt in eine quer über die Mitte des 3. Kreuzwirbels verlaufende leichte Einknickung, deren vorderer Endpunkt auf den oberen Rand der Schamfuge mitten zwischen beide Tubercula pubis fällt. Hieran reiht sich unter *C.* die Beschreibung der Geschlechtstheile mit ihren Nachbargebilden. Als Anhang folgen einige Worte über die Brüste. — Der zweite Abschnitt handelt die geburtshülfliche Untersuchung ab: die Darstellung lässt nichts Wesentliches vermissen. Nur hätte der Verf. p. 26 die Untersuchung im Stehen der Frau nicht so unbedingt verwerfen sollen: es giebt genug leichtere Fälle, wo diese Art der Stellung der zu Untersuchenden vollkommen genügt und dieser letzteren (wir sprechen natürlich von der Privatpraxis) auch am willkommensten ist. In diesem Abschnitte handelt der Verf. auch die Beckenmessung ab.

Zweite Abtheilung. Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. — Erster Abschnitt. Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft. Die einleitenden Worte betreffen das Verhalten der Menstruation und die Reifung der Eier, die Pubertät, Befruchtung so wie die Eintheilung der Schwangerschaft. Das erste Capitel bringt die Veränderungen im mütterlichen Organismus durch Schwangerschaft bedingt, welche der

Verf. nach einer dreifachen Reihe betrachtet: 1) Veränderungen in den Geschlechtstheilen, 2) in den Nachbarorganen, 3) im Gesammtorganismus. S. 45, wo der Verf. die Entwickelung der Talgdrüsen am Warzenhofe in der Schwangerschaft anführt und diese Entdeckung dem *Montgomery* zuschreibt, hätte er dem Göttinger hochverdienten Lehrer *Roederer* diese Ehre zutheilen können: denn in der That hat dieser bereits 1753 in seine Element. §. 140 ausdrücklich auf dieses Zeichen hingewiesen. Nennen die Engländer diese Drüschen nach ihrem Landsmanne die „*Montgomery*'schen", so sollten wir sie die „*Roederer*'schen" nennen. — Zweites Capitel. Die Entwickelung des Eies bis zur vollständigen Reife: 1) bis zur Ausbildung des zweiten Kreislaufes; 2) das Ei in den verschiedenen Schwangerschaftsmonaten; 3) das reife Ei. In diesem letzten Abschnitte: der Fötus, seine Haltung, Lage und Stellung im Uterus. Hinsichtlich der Ursache der Kopflage nimmt der Verf. die Schwere desselben an, wobei er die Uterinform und die Reflexbewegungen des Fötus als solche Ursachen, welche zur Entstehung und Erhaltung der Kopflagen das Ihrige mit beitragen, nicht ausschliesst. So erklärt es sich, dass missgestaltete Kinder häufiger in abnormen Lagen geboren werden, dass letztere bei Gestaltveränderungen des Uterus sich zahlreicher zeigen: denn diese Zustände ändern die Lage des Schwerpunktes im Fötus und in der Amnionflüssigkeit. Eben so werden frühzeitig geborene und todte Kinder, bei denen das specifische Gewicht und damit auch die Gleichgewichtslage im Uterus sich ändert, aus gleicher Ursache häufig in anderen, als Kopflagen, zur Welt kommen. In einem Anhange die mehrfache Schwangerschaft. — Drittes Capitel. Die Diagnostik der Schwangerschaft. Der Verf. beginnt mit der Darstellung des Circulationsgeräusches des Uterus, der Herztöne des Fötus und des Nabelgeräusches. Hinsichtlich des ersteren Geräusches nimmt der Verf. an, dass es mit den Veränderungen der Circulation in den Gebärmutterwandungen zusammenhänge; er bestreitet aber nicht die Möglichkeit dieses Geräusches durch Druck auf die grossen Gefässe des Beckens und Abdomens durch Ausdehnung und Zerrung der Art. epigastr. infer.; daher kein sicheres Schwangerschaftszeichen: Verf. hat es bei Uterinfibroiden beobachtet. Vom Nabelschnurgeräusch sagt der Verf., dass es in den Nabelarterien entstehen soll, wenn die Nabelschnur durch Umschlingungen oder zwischen dem Rücken der Frucht und der vorderen Beckenwand gedrückt wird. Darauf geht der Verf. die übrigen Schwangerschaftszeichen kritisch durch und reiht die Berechnung der Schwangerschaftsdauer daran. Die Diagnose der einfachen Schwangerschaft, der ersten und wiederholten, so wie des Lebens und Todes der Frucht folgt und ist überall gehörig gewürdigt. — Das vierte Capitel enthält die Diätetik der Schwangeren.

Der zweite Abschnitt: Physiologie und Diätetik der Geburt.

Eintheilung der Geburten in physiologische und pathologische. (Künstliche Entbindung p. 85 scheint uns ein Pleonasmus.) Die Ursache der Geburt findet der Verf. in veränderter Circulation des Uterus, wobei es unentschieden bleibt, ob dabei Anämie oder Hyperämie stattfindet. Der Verf. auf seine frühere Arbeit (*Henle* und *Pfeuffer*, Zeitschr. 3. Bd. 2. Heft, 1) verweisend, glaubt für den schwangeren Uterus Hyperämie, Congestion als die fragliche Circulationsänderung annehmen zu müssen und schliesst sich denen an, die im menstrualen Typus die Anregung zu den Gebärmutterzusammenziehungen suchen. Aber es verstösst Nichts gegen die Annahme, dass mit der vollständigen Reife des Fötus die geschlechtliche Bildungsthätigkeit sich wieder den Ovarien mehr zuwende und die catameniale Thätigkeit deutlich hervortrete. Dabei ist die Erfahrung im Auge zu behalten, dass auch während des ganzen Laufs der Schwangerschaft eine periodische, wenngleich nur schwache Congestion vorzukommen scheint, die, wenn sie stärker wird, leicht Frühgeburten hervorruft, wie denn diese auch meist mit einer Menstruationszeit, falls letztere eingetreten wäre, zusammenfällt, so wie die Erfahrung, dass die Geburt dann gewöhnlich eintritt, wenn zum zehnten Male die Catamenien wieder erschienen wären. — Im ersten Capitel betrachtet der Verf. die austreibenden Kräfte: 1) die Contractionen der Gebärmutter, Wehen; 2) die der Vagina und 3) die Thätigkeit der Bauchmuskeln. Wir würden die Benennung „falsche Wehen" doch nicht für ganz unsinnig halten, wofür sie der Verf. erklärt: in praktischer Beziehung hat diese Bezeichnung der Unterleibsschmerzen bei Gebärenden, und vor allen bei Schwangern am Ende der Schwangerschaft, welches letztere der Verf. ganz übersehen hat, doch ihren Nutzen, was nicht weiter hier auseinander gesetzt zu werden braucht. — Das zweite Capitel handelt vom Verlauf der Geburten im Allgemeinen und geht die Eröffnungs-, Austreibungs- und Nachgeburtsperiode durch. Dann spricht der Verf. von der Dauer der Geburt, dem Unterschiede zwischen erster und wiederholter Geburt. — Das dritte Capitel ist dem Mechanismus der Geburt gewidmet. Wir können es nur rühmen, dass der Verf. sich überall der grössten Einfachheit befleissigt hat. Dagegen können wir seine Eintheilung der Steisslagen, freilich von andern eben so angenommen, nicht billigen, worüber wir uns längst in der neuen Zeitschrift f. Geburtsk. 25. Bd. p. 175 ausgesprochen haben. — Viertes Capitel. Die Diätetik der Geburt. Wenn S. 119 der Verf. sagt: man benutzt die linke Hand, um mit ihr die Entwickelung des unter dem Schambogen befindlichen Kindestheils zu erleichtern, so hätte er doch auch das Wie? angeben sollen. Als Anhang handelt der Verf. vom Gebrauche des Chloroforms in der Geburtshülfe, besonders bei normalen Geburten, wofür er zweckmässige Regeln angiebt.

Der dritte Abschnitt handelt von der Physiologie und Diä-

tetik des Wochenbettes; als Anhang Scheintod des Neugeborenen. Hier erzählt der Verf. zum Beweise, dass es noch nach Stunden gelänge, das Kind zu beleben, es sei ihm vorgekommen, dass der Geburtshelfer das für todt gehaltene Kind in ein wollenes Tuch schlagen und bei Seite legen liess und fortging, und dass nach seinem Abgange dasselbe durch die Ofenwärme (man hatte es neben den heissen Ofen gelegt) von selbst wieder zu sich kam und auch am Leben erhalten wurde.

Die dritte Abtheilung hat die Pathologie und Therapie zum Gegenstande: der erste Abschnitt die Pathologie und Therapie der Schwangerschaft, worin das erste Capitel die allgemeinen constitutionellen Krankheiten der Schwangern bespricht. Der Verf. unterscheidet hier die Affectionen als Steigerungen der physiologischen Veränderungen und die zufälligen Erkrankungen, welche jede Schwangere so gut wie jedes andere Individuum befallen können. Den Grund der ersteren findet er 1) in den durch die Schwangerschaft hervorgerufenen Veränderungen der Blutmischung und Blutvertheilung; 2) in der durch jene bedingten Alteration der Nerventhätigkeit, und 3) in den mechanischen Verhältnissen, in welche der vergrösserte Uterus zu seiner Umgebung tritt, und geht diese näher durch, als: Hydrämie, Varices, Respirationsbeschwerden, Erbrechen nebst andern gastrischen Erscheinungen; heftige Schmerzen in der Seite, Harnbeschwerden, Krankheiten der Haut, als: Pityriasis versicolor, Chloasmata uterina, Pruritus genitalium; Convulsionen (diese werden später abgehandelt), Chorea, Zahn- und Kopfschmerzen, Ohnmachten, Schlaflosigkeit, Sinnesstörungen, Geisteskrankheiten. Dann folgen die Complicationen der Schwangerschaft mit zufälligen Erkrankungen, darunter auch die Syphilis. — Zweites Capitel. Störungen der Schwangerschaft durch Fehler der Sexualorgane; hier: 1) Vorfall der schwangern Gebärmutter und Scheide; 2) Vorwärtsbeugung; 3) Rückwärtsbeugung; 4) Hydrorrhoea uteri gravidi. — Drittes Capitel. Die Krankheiten des Eies: Hydramnios; Molenschwangerschaft; Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter (gehört wohl nicht zu den Krankheiten des Eies). — Viertes Capitel. Gebärmutterblutflüsse Schwangerer (die Unterbrechung der Schwangerschaft vor dem normalen Ende). Der Verf. betrachtet hier die Gebärmutterblutungen, welche aus einer Trennung der Gefässe zwischen Ei und Uterus, der Utero-Ovargefässe hervorgehen. Diese sind fast immer von zu früher Ausstossung der Frucht begleitet, d. h. von ihr abhängig oder gefolgt. Demnach werden durchgegangen: 1) Blutungen in den ersten sieben Monaten der Schwangerschaft, Abortus: auch hier nennt der Verf. die Unterscheidung zwischen Fehlgeburt, Abortus und Partus immaturus, von denen der erste die Frühgeburt innerhalb der ersten 3 Monate, der letztere die innerhalb des 4. bis 7. Monates bezeichnen soll, ganz unpraktisch und überflüssig, welchem Tadel wir nicht

beistimmen können, so wie wir den vom Amnion und dem Chorion, welches mit mehr weniger Blutcoagulis umgeben ist, gebildeten Sack, in welchem weder Embryo noch sonstige Eitheile gewöhnlich nachzuweisen sind, mit dem Verf. nicht mehr Abortivei, sondern Mole nennen möchten. S. Definition einer Mole p. 173, wo dasselbe von der Mole gesagt wird. 2) Geht der Verf. die Blutungen in den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft durch; *a*) Blutflüsse in Folge von Trennung der normal im obern Theile der Gebärmutter angehefteten Placenta, *b*) Placenta praevia. Der Verf. spricht überall dem Tampon auf das wärmste das Wort, worin wir ihm völlig beistimmen. In einer Anmerkung erwähnt er der Spätgeburt, welche er für keinen pathologischen Zustand hält: daher erfordert sie auch keine besondere Behandlung, am wenigsten die künstliche Einleitung der Geburt (von *Hohl* empfohlen). Wir verweisen dabei auf *v. Ritgen*, welcher schon viel früher die Uebertragung des Kindes unter die Indicationen der künstlichen Einleitung der Geburt aufgenommen hatte.

Der zweite Abschnitt: Pathologie und Therapie der Geburt. — Erstes Capitel. Geburtsstörungen durch verändertes Verhältniss zwischen Kraft und Widerstand: erschwerte Geburten. *A.* Wehenanomalien. Bei den zu schwachen Wehen hat der Verf. verständige Regeln über den Gebrauch des Mutterkorns gegeben. Am Schlusse spricht der Verf. auch über die Anomalien der Hülfskräfte der Wehen. — *B.* Anomalien des Beckens. Sie sind erschöpfend und klar abgehandelt: die neuesten Erfahrungen sind am gehörigen Orte hervorgehoben, das Nöthige über Folgen, Prognose und Therapie ist angegeben. — *C.* Geburtserschwerungen von Seiten der Geschlechtstheile. 1) Anomalien der Gestalt: Uterus bipartitus, bicornis, duplex, bilocularis. 2) Anomalien der Lage: Vorfall des Uterus, Vorfall der Scheide; Anteversio uteri, Schiefheit des Uterus. Wirkliche Hernien der Gebärmutter; Dislocationen der Scheide. 3) Verschliessung, Verengerung und Nachgiebigkeit des Geburtskanals. 4) Neubildungen und Geschwülste: Fibroide, Polypen, Carcinom, Neubildungen in der Scheide, den Eierstöcken und den Nachbarorganen der Genitalien. — *D.* Geburtserschwerungen von Seiten des Kindes und seiner Anhänge. 1) Anomalien der Grösse und Gestalt. 2) Anomalien der Stellung und Haltung. 3) Abnorme Lagen. Querlagen. 4) Anomalien der Kindesanhänge. — Zweites Capitel. Die durch den plötzlichen Eintritt gefahrdrohender Zustände complicirten Geburten. In diesem Capitel spricht der Verfasser 1) von der Eclampsie der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Hinsichtlich der Ursache dieses schweren Leidens sagt der Verf. sehr richtig, Urämie stellt nur eine unter den Ursachen dar. Das hauptsächlichste disponirende Moment zu letzterer ist die Veränderung im Blute der Schwangeren. Dieses nähert sich in seiner Zusammensetzung bekanntlich dem Chlorotischen und in

dieser serösen Beschaffenheit des Blutes ist die Neigung zu Oedemen, Transsudationen, zum Uebertritt von Albumen und Fibrin in den Harn ohne Erkrankung der Nieren, so wie die grosse Erregbarkeit des Nervensystemes Schwangerer begründet. Erreicht diese Blutmischung einen höhern Grad, so muss es zu Nutritionsstörungen im Nervensysteme kommen, und dann bedarf es nur einer Gelegenheitsursache, damit convulsivische Zustände auftreten. Bei der Behandlung setzt der Verf. die grosse Gefahr der gewaltsamen Entbindung auseinander, welche daher in der Schwangerschaft, d. h. bei noch nicht vorhandener Wehenthätigkeit nicht zu rechtfertigen ist. Nur dann, wenn die Convulsionen schon sehr lange gedauert, ohne einen Einfluss auf das Erwachen der Geburtsthätigkeit zu äussern, wenn sie zugleich das Leben der Mutter in die höchste Gefahr versetzen, ist das Accouchement forcé erlaubt. Da ist dann die blutige Eröffnung des Muttermundes ein viel milderes Verfahren, als die mit der Hand vorgenommene, und deshalb letzterer immer vorzuziehen. Auch bei bereits eingetretener Geburt ist die gewaltsame Entbindung nur erlaubt, wenn die Gefahr wächst und eine sanftere Entbindungsart erst in ferne Aussicht gestellt ist. Sind aber die Umstände nicht der Art, so hängt das einzuschlagende Verfahren von der Periode der Geburt, der Lage des Kindes und dem Befinden der Gebärenden ab. Bei wenig eröffnetem Muttermunde beschleunigt man durch die warme Douche oder besser durch die Colpeuryse die Geburt; um so mehr, als man im Chloroform ein Mittel hat, welches einiges Warten erlaubt, bis man auf schonende Weise entbinden kann. Ist dieser Augenblick aber eingetreten, so greife man je nach den Umständen zur Zange oder mache die Wendung auf die Füsse, um an ihnen das Kind auszuziehen. In den seltenen Fällen, in welchen die Anfälle erst beim Austritte des Kindes erscheinen und die Wehen energisch wirken, kann man den Verlauf der Natur überlassen, wenn diese die Geburt wahrscheinlich ebenso schnell wie die Kunst vollenden wird. Doch bedenke man, dass Warten sehr oft mehr zu bereuen ist, als ein hier ganz schadloser Eingriff. 2) Zerreissungen der Geburtswege, Rupturen, der Gebärmutter, der Scheide, des Mittelfleisches; Zerreissungen tiefliegender Gefässe der Scheide und der äusseren Genitalien (Thrombus, Haematoma vaginae). 3) Umstülpung der Gebärmutter. 4) Gebärmutterblutung vor und kurz nach der Geburt. In diesem Abschnitte erwähnt der Verf. des Vorfalls der Placenta. Es muss natürlich die Blase gesprungen, das Kind aus der Eihöhle getreten, aber in der Uterinhöhle verblieben sein, damit die Placenta mit ihren Anhängen vor ihm austreten kann. Ist die Placenta schon aus dem Muttermunde herausgetreten, so ist die Diagnose leicht. Schwieriger ist sie, wenn der Mutterkuchen die Uterinöffnung erst mit einem Rande erreicht hat, da man dann den Zustand leicht für einen Fall von Placenta praevia halten kann. Auf die

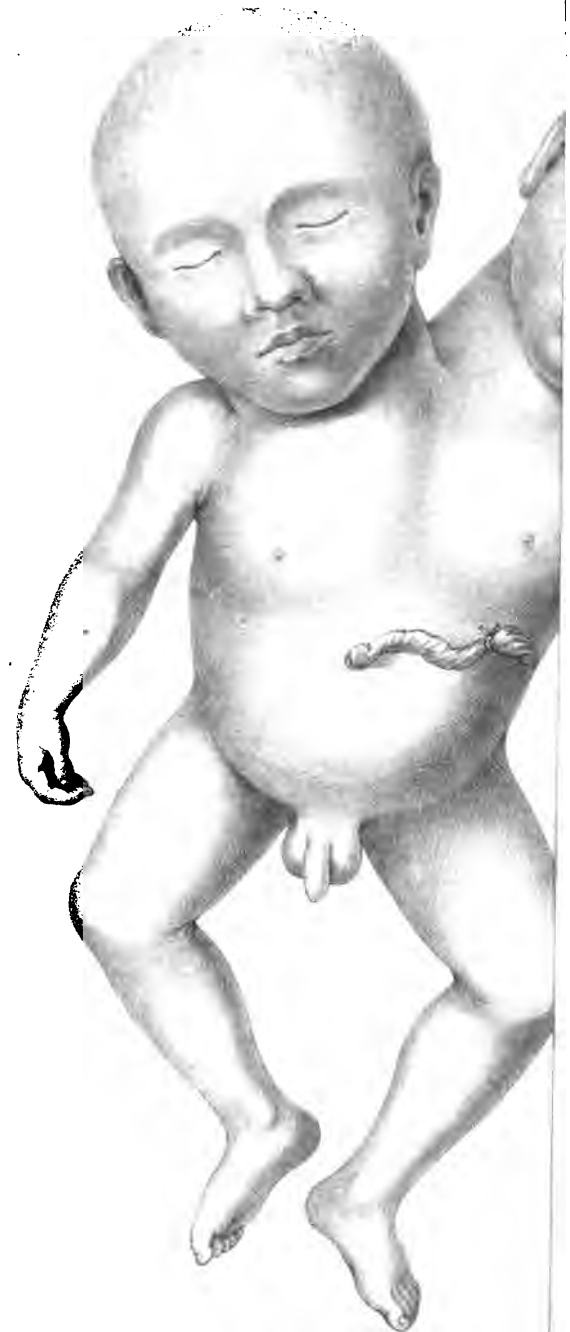
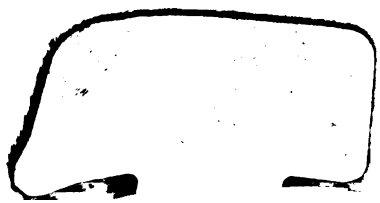
Behandlung hat dies indess keinen Einfluss, da diese nur von der Heftigkeit eines etwa vorhandenen Blutflusses abhängt und dieser bei Prolapsus der Placenta eben so wie bei Placenta praevia behandelt wird. Für das Kind ist der Vorfall der Nachgeburt natürlich immer tödtlich. Meist hatte man in den beobachteten Fällen es auch mit Frühgeburten zu thun und somit war die Chance für die Erhaltung der Kinder noch geringer. Eine vorhandene Blutung steht in der Regel nach Abgang der Placenta, wenn der Uterus sich genügend contrahirt und somit ist die Prognose für die Mutter besser. Sehr ausführlich hat der Verf. die Blutungen in der Nachgeburtsperiode und kurz nach Abgang der Placenta, auch die während des Wochenbettes auftretenden Gebärmutterblutungen abgehandelt, wobei er nicht umhin konnte, die künstliche Lösung und Entfernung der Placenta (eine Operation) zu lehren, was wir ihm durchaus zu keinem Vorwurfe machen. b) Complicationen von Seiten der Nabelschnur. *a)* Zerreissung der Nabelschnur und ihrer Gefässe. *b)* Vorfall der Nabelschnur. — Am Schlusse spricht der Verf. noch von dem Collapsus nach der Geburt und dem Tode der Mutter während derselben. Der Collapsus, wenn er nicht die Folge von Blutfluss ist, beruht in einer vollständigen Erschöpfung des Centralnervensystems durch die vorausgegangene Geburtsanstrengung, mag der Verlauf ein normaler oder abnormer gewesen sein. Man sieht diese Erschöpfung besonders bei zarten, sensibeln, an Muskelanstrengung wenig gewöhnten Frauen. Doch kommt sie auch bei kräftigen, robusten Individuen selbst nach kurzer Geburtsdauer vor, wenn der Uterus zu schnell und zu plötzlich seines Inhaltes entleert ist. Hier ist sie durch einen zu starken, plötzlichen Blutandrang gegen den Unterleib und dadurch erzeugte Anämie des Gehirns wahrscheinlich bedingt. Diese Fälle von Collapsus kann man in der Regel verhüten, wenn man den Gebärenden das übermässige Mass der Schmerzen nimmt oder der übereilten Geburt vorbeugt. Beides kann man durch Chloroform erzielen und deshalb ist dieses Agens ein so wohlthätiges. Die Behandlung ist ganz die der höchsten Anämie nach Gebärmutterblutflüssen. Der Tod der Gebärenden erfolgt entweder durch eine profuse Hämorrhagie oder durch eine ausgedehnte Zerreissung der Genitalien oder in einem eclamptischen Anfalle, oder er tritt, ohne dass etwas ein so furchtbares Ereigniss ankündigt, ganz plötzlich ein. Er ist dann die Folge der höchsten Erschöpfung und Anämie, oder durch plötzliche Verstopfung der Lungenarterien herbeigeführt. Hier Kaiserschnitt: unter manchen Verhältnissen auch Wendung oder Zange.

In der vierten Abtheilung handelt der Verf. die Operationen ab, und zwar in nachstehender Reihenfolge: *A.* Vorbereitende Operation. I. Die künstliche Eröffnung und Erweiterung der Geburtswege: 1) des Muttermundes, *a)* unblutige, manuelle,

b) blutige, instrumentelle. 2) Der Schamspalte. II. Die künstliche Frühgeburt. III. Der künstliche Abortus. IV. Die Wendung: auf Kopf, Steiss und Füsse. *B.* Entbindende Operation. V. Die Extraction am untern Rumpfende. VI. Die Extraction am Kopfe. Zangenoperation. (Hebeloperation, Aërotractor.) VII. Die Verkleinerung des kindlichen Körpers. 1) Die Perforation und Cephalothrypsie. 2) Die Embryotomie. 3) Die Decapitation. 4) Die Entfernung des vom Rumpfe getrennten Kopfes. VIII. Der Kaiserschnitt. IX. Der Bauchschnitt. (Der Scheidenschnitt.) (Die Symphyseotomie.) X. Die gewaltsame Entbindung — das Accouchement forcé. — Die in diesem Abschnitte angegebenen Regeln sind trefflich abgehandelt und lassen nirgend Wesentliches vermissen. Es ist besonders zu rühmen, dass sich der Verf. bemüht hat, die ganze Operationslehre kurz und nur im allernothwendigsten sich ergehend darzustellen, da aus dem blossen Lesen der beschriebenen Operationen Niemand deren Ausführung erlernen kann, sondern zu dem Ende, wie es ja auch überall gebräuchlich, sich selbst unter den Augen des Lehrers üben muss. Wozu also in einem Lehrbuche solche weitläuftige Beschreibungen, die nur ein dem Schüler bestimmtes Buch verdicken und verthenern? Sollen die Operationen eine ausführliche Darstellung erhalten, so widme man ihnen eigene Lehrbücher, wie solches ja auch mit dem besten Erfolge von *Kilian* in seiner Operationslehre für Geburtshülfe geschehen ist.

Somit hätten wir unserer Pflicht genügt, ein Werk angezeigt zu haben, welches unter den neuesten Erscheinungen im Gebiete der Geburtshülfe eine rühmliche und Nutzen verbreitende Stelle einnimmt. Die beigegebenen Holzschnitte, müssen wir noch erwähnen, gehören zwar nicht zu den schönsten, welche die Kunst in der Neuzeit geliefert hat, doch sind sie klar und deutlich genug, so dass sie ihren Zweck vollkommen erfüllen. Nur Figur 46 und 47, Steisslagen darstellend, hätten besser sein können. Figur 69 ist nicht der gemeine *Smellie*'sche Haken, am allerwenigsten ist aber Figur 74 das Perforatorium von *Smellie*, welches bekanntlich nach innen schneidet. Die Abbildung stellt aber ein nach aussen schneidendes dar, wenigstens muss man es dafür erkennen, und könnte viel eher als Perforatorium von *Orme* oder *Stein* gelten. — Druckfehler haben sich nur unerhebliche eingeschlichen; die der Verf. nicht angezeigt hat, sind leicht zu erkennen. *E. von Siebold.*

Druck von A. Th. Engelhardt in Leipzig.



16 5078